

التشخيص النفسي الإكلينيكي (3)

التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية - الجزء الثاني

تحرير

Peter F. Schlottke — Franz Caspar — Bernd Roehler

بيرتر شلوتكه — فرنس كاسبار — بيرند رولر

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

التشخيص النفسي الإكلينيكي(3)
التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية
ومجالات التطبيق الأخرى

الجزء الثاني

الطبعة الأولى
2016



دار الكتاب الجامعي
عضو جمعية الناشرين الإماراتيين
عضو اتحاد الناشرين العرب
عضو المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين
العين ـ الإمارات العربية المتحدة
ص.ب. 16983
هاتف 00971-3-7554845
فاكس 00971-3-7542102
E-mail:bookhous@emirates.net.ae

جمع وتنفيذ وإخراج: كمبيورايتر Compu_Writer لخدمات دور النشر «عادل ندا» القاهرة
E-mail: compu_writer@yahoo.com ☏ - (002-01000390516)

التشخيص النفسي الإكلينيكي(3)

التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية ومجالات التطبيق الأخرى

الجزء الثاني

تحرير

Peter F. Schlottke | Franz Caspar | Bernd Roehler

بيرتر شلوتكه | فرنس كاسبار | بيرند رولر

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر

دار الكتاب الجامعي

العين - دولة الإمارات العربية المتحدة

هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

(مترجم عن الألمانيـة)

Lehrbuch der Klinisch-psychologischen Diagnostik

Verlag W. Kohlhammer

2008-1.Auflage

By

Bernd Roehler
Franz Caspar
Peter F. Schlottke

المحتويات

مقدمة المترجم

يستكمل المترجم في الجزء الثاني (3): التشخيص النفسي الإكلينيكي -التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية ومجالات التطبيق الأخرى التشخيص النفسي الإكلينيكي لصور الاضطرابات النفسية بدءاً من الفصل 27 : الأمراض المزمنة وانتهاء بالفصل 37: التشخيص النفسي القضائي (الشرعي). ويقدم للقارئ والمتخصص في هذا الجزء بعض المجالات التي تعد جزءاً من عمل المتخصص النفسي الإكلينيكي والواقعة في مجال التخصصات المختلفة كالطب والطب النفسي والطب العصبي والتربية و القضاء وعلم النفس الإكلينيكي. وهو يقدم من هذه الناحية فائدة للعاملين والمتخصصين في هذه المجالات المختلفة ويوضح مجالات العمل المشتركة والتكاملية ويؤكد على أهمية أخذ الوجوه المختلفة الطبية والتربوية والعصبية والقانونية للممارسة ذات الصلة بعين الاعتبار. ومع التشخيص النفسي (3) يأمل المترجم أن يكون قد أسهم بتقديم مادة علمية تتكامل في أطرها النظرية ومشكلاتها مع ما أسهم فيه حتى الآن من ترجمات متعلقة بهذا الميدان خلال السنوات العشر الماضية.

والله من وراء القصد

أ . د . سامر جميل رضوان

srudwan@hotmail.com

دمشق ـ سوريا
نزوى ـ سلطنة عُمان

مقدمة الناشر

ليس هناك نقص في المنشورات من الكتب والمقالات حول موضوع التشخيص الإكلينيكي. فلماذا إذا كتاب جديد في التشخيص النفسي الإكلينيكي؟

ففي حين صدر في المحيط الأنجلو أمريكي عدد كبير من المراجعات والكتب التعليمية حول التشخيص النفسي الإكلينيكي، فإن المنشورات في المحيط الناطق بالألمانية حول هذا الموضوع ظلت قليلة. وفي المنشورات الناطقة بالإنجليزية نرى باستمرار أنه هناك تقارير حول نماذج تشخيصية جديدة ومنظومات تصنيف وأدوات. ويتم فيها أيضا تقديم معارف جديدة خاصة بالاضطراب، تمكن القارئ من الاقتراب بشكل قائم على أساس نموذج نظري واختيار الأدوات التشخيصية الملائمة لوضع مشكلة المريض.

وفي المحيط الناطق بالألمانية تسود إما المنشورات الخاصة بالنموذج لتحليل المشكلة ومفهوم الحالة أو يتم تقديم معارف خاصة بالنسبة إلى تشخيص مجموعات محددة أو إجراءات محددة أو يسترشد المرء بشكل خاص نحو التشخيص وفق مدارس علاجية محددة. لهذا فنحن نقدم كتابا، يمكنه أن يساعد على ردم هوة قائمة.

فما الذي يتوقعه القارئ من هذا الكتاب؟ يقدم الجزء العام معارف أساسية حول أهداف ومهام وإجراءات أو عمليات ونوع التشخيص النفسي الإكلينيكي. ومن أجل هذا الغرض تم عرض وتوضيح نماذج التصنيف ونماذج التشخيص المسترشد بالعلاج. وفي التشخيص النفسي الإكلينيكي القائم على التعديل تم عرض نماذج خاصة بالمدارس وعابرة للمدارس على حد سواء (مع العلم أن النماذج السلوكية الاستعرافية تلعب دورا خاصا).

وفي المداخل الخاصة بالمدارس قمنا وبشكل مقصود بعمل انتقاء استنادا إلى نماذج التشخيص النفسي الإكلينيكي الاستعرافي السلوكي والتحليلي النفسي والمتمركز حول

المتعالج والمتوجه منظوميا. وبهذا نكون قد غطينا الأدوات المنتشرة بشكل واسع في الممارسة.

وفي الجزء المتعلق بطرق الحصول على المعلومات التشخيصية قدمنا عرضا عاما لطرق التشخيص النفسي الإكلينيكي، كالمقابلة وملاحظة السلوك ومقاييس البنى والعمليات الاستعرافية وأدوات الفحص الفيزيونفسية والموضوعية. وخصص فصلا خاصا لعرض نماذج تشخيص العملية وتشخيص المجرى كأشكال مهمة للتشخيص المتجه نحو التعديل [التشخيص المسترشد بالتعديل]، وكذلك في سياق الممارسة المضبوطة.

وفي السنوات الأخيرة أصبحت ضرورة استخدام موارد المريض في التشخيص القائم على المشكلة أكثر بديهية. ومن هنا فقد تم تخصيص فصل خاص هنا أيضا لتشخيص الموارد.

وفي الجزء الخاص بالاضطرابات من هذا الكتاب نجد مداخل قائمة على التصنيف والتعديل. كما يقدم هذا الجزء أيضا معلومات حول أهم أدوات التشخيص في الاضطرابات المختارة، وبشكل خاص من المجال الناطق بالألمانية.

يتوجه كتاب التشخيص النفسي الإكلينيكي للدارسين والممارسين. إنه يتطرق لأهم المبادئ والتحديثات في التشخيص النفسي الإكلينيكي؛ وبهذا فهو يلائم كذلك كمرجع أساسي.

لقد أتاح لنا تصميم الكتاب الحالي اكتساب خبرات متنوعة من خلال عالمات وعلماء مشهود لهم.

لم نهب من أي جهد، وحملنا المؤلفين جهدا أيضا، من أجل تسهيل تجانس وعرض الفصول بأكبر درجة ممكنة.

وكما هو الحال في كل شيء فإن بعضها يستغرق أحيانا وقتا أطول. ومع هذا الكتاب نأمل أن يكون صبر المؤلفات والمؤلفين وكذلك القراء قد استحق.

نشكر كل الكاتبات والكتاب لجهودهم على البقاء معنا إلى حين إنجاز هذا الكتاب. كما نشكر أيضا دار نشر كوهامر وبشكل خاص السيد الدكتور روبريشت بونسغن الذي تعهد بطبع الكتاب في هذا الشكل والتزم بنجاح.

والشكر الخاص لغيرلند شلوتكه التي بذلت جهدا شخصيا كبيرا في التصحيح والفهرس.

Bernd Rohrle, Marburg
Franz Caspar, Bern
Peter F. Schlottke, Tuebingen

صفحة زوجية فارغة

27-الأمراض المزمنة

آنيا ميرت وأوفه كوخ Ania Mehnert & Uwe Koch

1-مدخل

تتصف الأمراض المزمنة بأعراض جسدية شديدة وبتغير في طبيعة المطالب الأسرية والمهنية، ولدى جزء لا يستهان به من المرضى بتطور مشكلات واضطرابات نفسية كنتيجة للمرض أو للعواقب طويلة الأمد للمرض. وتتطلب الاختلاطية العالية

والوجود المشترك في الغالب للأعراض الجسدية والنفسية من المعالجين المحترفين تنمية قدراتهم من أجل التمكن من تشخيص ومعالجة المشكلات النفسية والنفسية الاجتماعية على المستوى نفسه لتشخيص ومعالجة الشكاوى الجسدية (Breibart et al., 2004).

وتبرز أهمية وتشخيص الأعراض والمتلازمات النفسية لدى المرضى بأمراض مزمنة من خلال أن طغيان الشكاوى الجسدية يزيد من شدة الأذى الحاصل بنوعية حياة المرضى.

مثال حالة:

يبلغ خليل من العمر 34 سنة وهو مريض بمرض هودغن Morbus Hodgkin[1] ويعمل معلماً للفيزياء والرياضيات. متزوج إلا أنه يعيش منفصلاً عن زوجته التي تعمل في الخارج، وتعيش معه ابنته الصغيرة البالغة من العمر 5 سنوات. كان تشخيص

---

(1) موربوس هودكجن (سرطان الغدد اللمفاوية) ينتمي إلى المجموعة , Lymphom وهو من أنواع السرطانات التي تصيب الجهاز اللمفاوي حصرا. معروف أيضا باسم داءُ هودجكن هو نوع من الأورام اللمفاوية) سرطان ناشئ ضمن نوع من خلايا الدم البيضاء تسمى الخلايا اللمفاوية .(أطلقت التسمية على هذا المرض نسبة إلى توماس هودجكن، والذي كان أول من وصف شذوذ النظام الليمفاوي في عام [2] .1832. يتميز داءُ هودجكن بالانتشار المنظم للمرض من مجموعة عقد لمفية لأخرى وتطور منهجي للأعراض مع تقدمة المرض. يتميز هذا المرض بظهور خلايا ريد – ستيرنبرغ (بالإنجليزية Reed-Sternberg cells):عند إجراء فحص مجهري. داءُ هودجكن كان من أوائل أنواع السرطان التي أمكن علاجه باستخدام الإشعاع، وبعد ذلك، كان من أوائل حالات السرطان التي عولجت بمزج العلاج الكيميائي والإشعاع.. لهذا المرض ذروتي إصابة : الأولى في سن البلوغ (سن 15–35)، والثانية في الاعمار الأكثر من 55 عاما. معدل البقاء على قيد الحياة بشكل عام يصل إلى قرابة 90 ٪ أو أعلى في حالة اكتشافه في مراحل مبكرة، مما يجعله واحد من أكثر أشكال السرطان شفاء. حتى في مراحله المتقدمة تبقى نسبة الشفاء من داءُ هودجكن عالية جدا. يمكن لمعظم المرضى الذين أنهوا بنجاح طور المعالجة العيش حياة طويلة وطبيعية، ويرجع ذلك إلى معدل نجاح هَدْأَة(بالإنجليزية remission) :مرتفع يصل إلى نسبة 90 ٪ إلى 95 ٪.لا توجد مبادئ توجيهية للوقاية من سرطان الغدد الليمفاوية هودجكن، وهذا لأن السبب غير معروف أومتعدد العوامل. عوامل الخطر لهذا المرض تشمل. ويصنف في ICD-10-Version 2010 ضمن الفئة التصنيفية C81.

السرطان بالنسبة له كالصاعقة، إلا أنه سرعان ما عاد ثانية وأراد المقاومة والانتصار على المرض على الرغم من التنبؤ السيئ. إلا أن العلاج الكيماوي والعلاج بالأشعة والآثار الجانبية العديدة أنهكاه جداً. ففقد الكثير من الوزن وشعر بالإنهاك والتمزق. ساعدته إعادة التأهيل الطبي على أن يقف على قدميه إلى حد ما ثانية، إلا أن خليل شعر عندما عاد للمنزل بأن الوضع كله فوق طاقته وشعر بالخوف وقلة الحيلة. وكان قلقه بشكل خاص على ابنته التي كان عليها أن تظل في أغلب الأوقات عند جديها. بقي خليل في إجازة مرضية كون حالته الجسدية لم تتحسن. وكان يعاني من مخاوف مستقبلية متزايدة وأرق، وقلما كان قادراً على التركيز على نفسه واعتبر نفسه أباً سيئاً لأنه لم يتمكن من الوفاء بالمطالب الحياتية اليومية. فانسحب ولم يعد يرغب برؤية الأصدقاء والتلاميذ من صفه الذين أرادوا زيارته.

وسوف تقدم المساهمة التالية بداية عرضاً مختصراً حول المشكلات النفسية الاجتماعية والاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين. ثم يعقب ذلك وصف لنموذج خاص بالأمراض المزمنة، والتصنيف العالمي لكفاءة الوظائف والإعاقة والصحة ICF[1] المعد من قبل منظمة الصحة العالمية. وسيتم بعد ذلك عرض بعض الأدوات التشخيصية النفسية المختارة والشائعة الاستخدام، وفي الختام سنعرض لبعض الخصائص والصعوبات في التشخيص النفسي للمرضى المزمنين.

2- الضغوطات الاجتماعية النفسية والاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين

تشكل الأمراض الجسدية المزمنة طائفة غير متجانسة من الأمراض، تتصف بمجرى مرضي مزمن ومتصاعد. ومن بينها على سبيل المثال صور الأمراض من مجال الجهاز العضلي العظمي وأمراض القلب والدورة الدموية وأمراض السرطان والأمراض

---

(1) أنظر: http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231/ar/index.html (المترجم)

العصبية وأمراض الاستقلاب. ويمكن اعتبار الأمراض المزمنة على أنها إعاقات إلى حد ما. وتكمن خلفها في العادة أسباب كثيرة جداً (ذات منشأ متعدد العوامل). إذ يمكن لظروف الحياة وأنماطها والسلوك الخطر أن تلعب في نشوء المرض واستمراريته والتنبؤ به دوراً مهماً بمقدار الدور الذي تلعبه الاستعدادات الوراثية. وما يميزها هو غياب العلاج الطبي السببي ومحدودية الشفاء الكامل، أي أنه لا يمكن في العادة تحقيق "الرجوع للحالة الأولى restitution ad integrum".

يواجه الناس بأمراض جسدية مزمنة إرهاقات جسدية مزمنة ومشكلات تالية متعلقة بالمرض والعلاج على المدى البعيد، ويعيشون درجات مختلفة من الإرهاق أو الضغط حسب الصعوبة والشدة والمدة والزمن المتوقع والقابلية للتحكم، تقود لاستجابات فردية مختلفة ويمكن أن تلحق الأذى بالصحة النفسية وبنوعية الحياة المتعلقة بالصحة. بل أن الطيف الواسع للضغوطات أو الإرهاقات يمتد من المخاوف ومشاعر اليأس وقلة الحيلة والحزن والمشكلات من خلال تغير تصويرة الجسد ومفهوم الذات وقيمة الذات ومشكلات الهوية وانتهاء باضطرابات القلق والاكتئابات والصراعات الأسرية أو الأزمات الوجودية (قارن Koch & Weiss,1998)

2.1 جائحة الاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين

يبين عدد كبير من الدراسات الإمبيريقية لدى مرضى بأمراض السرطان[1] وأمراض القلب[2] والتهاب المفاصل[1] والأمراض المزمنة للرئة[2] والأمراض العصبية[3]

(1) قارن على سبيل المثال

Derogatis et al., 1983; van't Spijker, Trijs-burg & Duivenvoorden, 1997; Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Pi-antadosi, 2001; Breitbart et al., 2000

(2) قارن على سبيل المثال

Katon & Sul-livan, 1990; Fielding, 1991; Friedman, 2000; Harter, Woll, Reuter, Wunsch & Ben-gel, 2004

والسكري[4] وأعراض العضلات (قارن على سبيل المثال Harter et al., 2004) أن خطر المشكلات والاضطرابات النفسية الوخيمة لدى المرضى المزمنين بمرض جسدي مرتفع بشكل دال[5]. ويتأرجح نوع وانتشار الاضطرابات النفسية الموجودة بشكل عام بين الصفر وحتى 90٪ حسب المرض الجسدي وأداة جمع البيانات والمنظومة التشخيصية الكامنة خلفها أو مجالات نقطة القطع -Cut-offوموعد الفحص (قارن على سبيل المثال (Van't Spijker et al., 1997; Noyes, Holt & Massie, 1998; Sellick & Crooks, 1999; Harter, 2000). وغالباً ما تذكر الدراسات نسب انتشار تتراوح بين 20٪ و35٪(Kessler et al., 1994; Henningsen et al., 2003). بالإضافة إلى ذلك قلما تختلف نسب انتشار الاضطرابات النفسية فيما بينها في بعض الدراسات الإكلينيكية حول الانتشار عن تلك التي تجرى على السكان عموماً، بل أن النسبة أعلى في هذه الدراسات. إلا أنه مازال من غير الواضح فيما إذا كانت الاضطرابات النفسية التي تظهر في مجرى الأمراض المزمنة عبارة عن اضطرابات استجابية (ردة فعل) بنتيجة المرض والمعالجة أم فيما إذا كانت الاضطرابات النفسية موجودة مسبقاً قبل المرض الجسدي.

---

(1) قارن على سبيل المثال

u. a. Creed, 1990; Katon & Sullivan, 1990; Murphy, Dickens, Creed & Bernstein, 1999

(2) قارن على سبيل المثال

Wells, Golding & Burnam, 1988; van Ede, Yzermans & Brouwer, 1999

(3) قارن على سبيل المثالWells et al., 1988; Katon & Sullivan, 1990

(4) قارن على سبيل المثال

Garvard, Lustman & Clouse, 1993; Lustman, Clouse, Grifth, Carney & Freedland, 1997; Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001

(5) Verhaak, Heijmans, Peters & Rijken, 2005

2.2 عوامل خطر الاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين

في السنوات الأخيرة أجري عدد كبير من الدراسات حول عوامل الخطر لظهور الاضطرابات النفسية لدى مرضى السرطان. وقد اقترح براتبارت (Bratbart,1995) تقسيماً لعوامل الخطر إلى فئات خاصة بالمرض وفئات خاصة بالعلاج وقام كورنبلايث (Kornbleith,1998) بإضافة التاريخ الطبي النفسي والعوامل الاجتماعية. وتظهر مراجعة لآخنبرنر وآخرين (Achenbrenner, 2003) حول مستوى البحث الإمبيريقي حول متنبئات التضررات النفسية لدى مرضى السرطان بأنه لا يوجد تأثير إلا لبعض العوامل القليلة فقط. وهذه العوامل هي المرحلة المتقدمة من المرض وضعف الأداء (الكفاءة الوظيفية) الجسدية وبشكل خاص الألم والمرض في سن صغيرة والجنس الأنثوي ووجود أمراض نفسية في التاريخ الماضي.

وتشير دراسات أخرى إلى عوامل خطر شبيهة في أمراض مزمنة أخرى، وبشكل خاص الألم المزمن وتقييد الأداء الجسدي (الكفاءة الوظيفية للجسد) وسن الإصابة بالمرض والجنس الأنثوي وانخفاض مستوى التعليم والبطالة (Haerter et al., 2003).

أما أسباب المشكلات والضغوطات النفسية فهي متعددة، ولكنها غالباً ما تكون مرتبطة بشدة المرض وغياب الموارد الفردية والاجتماعية وعدم اليقين بمجرى المرض وفقدان التحكم والاستقلالية. ويمكن للاضطرابات النفسية من ناحية أن تكون علامة على أزمة نفسية مرتبطة بالمرض أو على أزمة نفسية وجودية بدرجات مختلفة أو قد تكون الأعراض من ناحية أخرى علامات لاضطراب قبلي قائم (قبل المرض) ازدادت أعراضه بسبب المرض الجسدي أو اضطرابات استجابية (كاضطرابات التكيف على سبيل المثال) أو أن تكون اضطراباً ناجماً عن سبب عضوي (كالألم المعالج بشكل غير ملائم على سبيل المثال) (Kerrihard et al., 1999; Payne et al., 1999). بالإضافة إلى أن خبرة مرض مزمن تقود إلى المواجهة مع أسئلة وجودية عن مغزى ومعنى الحياة الشخصية وأهميتها وعن العدالة والكرامة أو عن الأهداف الشخصية والرغبات.

2.3 عملية التمثل والدعم النفسي الاجتماعي

تظهر الأبحاث حول مواجهة المرض Coping والضغوطات النفسية لدى الناس بأمراض جسدية مزمنة، بأن التعامل الفاعل مع الموقف والقدرة على شحذ الموارد الأسرية والاجتماعية والتحليل الواقعي للمشكلة القائمة وخلق تحرير (تخفيف العبء) انفعالي من خلال التعبير عن المشاعر وتقبل الوقائع غير القابلة للتعديل والاتجاه المُقاوم قد برهنت نفسها على أنها استراتيجيات مواجهة تكيفيه، هذا يعني كاستراتيجيات تسهم بتقليل الضغوطات النفسية والحفاظ على نوعية الحياة أو تحسينها. وعلى العكس من ذلك يقود التعامل السلبي واليائس مع وضع المرض في صورة تقبل حتمي fatal acceptance واتهامات الذات والعزلة الاجتماعية لمشاعر اليأس والاستسلام والاكتئابات وإلى إرهاق نفسي مرتفع (Heim, 1988,1998; Beutel,1988). إلا ينبغي عند تقييم استراتيجيات تمثل المرض من الأخذ بعين الاعتبار بأنه لابد وأن يتم النظر للتكيف في علاقته بمرحلة أو طور المرض (قارن Filipp & Aymanns, 1996).

وإلى جانب الضاغطات[1] (المرهقات Stressors) غير المرتبطة بالمرض والمحيط الاجتماعي النفسي والمؤسساتي والمهني تتأثر عمليات التمثل كذلك بالصفات الفردية للمريض. وهذه عبارة عن السمات الشخصية أو السكانية Demographicالاجتماعية أو النظريات الذاتية عن أسباب المرض أو إمكانات التحكم أو الخبرات الأسرية السابقة مع الأمراض المزمنة. وعليه تشير النتائج الإمبيريقية من البحث النفسي الاجتماعي والنفسي المعرفي وعلم نفس الصحة إلى أن المرضى المزمنين بمرض جسدي يعزون للعوامل النفسية بالاستناد إلى المنشأ المرضي وإمكانات التأثير أهمية كبيرة (قارن Verrs,1986; Winstead et al., 1999). كما أنه تمت في السنوات الأخيرة دراسة عمليات الدعم الاجتماعي والدعم الزوجي والأسري والأصدقاء والمساعدين المحترفين والمتطوعين

---

(1) الضواغط أو المرهقات (عوامل الضغط)

بشكل كبير. ويتم التفريق بين الدعم الانفعالي والمؤسساتي والتوعوي، التي ينبغي أن يتم تقديمها بطرق مختلفة من أشخاص مختلفين ومجموعات متنوعة أو التي يفترض أن يتم تقديمها من منظور المرضى. وهنا لا يتعلق التأثير الإيجابي للدعم الاجتماعي على الحالة النفسية كثيراً بالدعم المقدم بالفعل وإنما بالدعم المدرك شخصياً (قارن Faller et al., 1995; Baider, Coober & Kaplan De-Mour, 1996; Schulz et al., 1998)

2.4 التشخيص القائم على التعديل

يجد الناس بأمراض مزمنة أنفسهم مواجهون بطيف واسع من الأعراض الجسمية والأعراض النفسية والمشكلات الاجتماعية والوجودية، تعم كافة مظاهر الحياة. وعلى عكس الناس الأصحاء جسدياً فإن للتشخيص النفسي للضغوطات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بعض الخصائص:

1- غالباً ما تنشأ المشكلة القائمة من خلال المرض والعلاج وهي متعدد الأسباب.
2- غالباً ما يكون لدى المرض أمراض متعددة.
3- يهدف التشخيص والتدخل المطابق أساساً إلى الحفاظ (عند ازدياد الحالة الجسدية سوءاً) أو تحسين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والاندماج الاجتماعي للمريض.

بالإضافة إلى ذلك لابد للفحص التشخيصي للمرضى بمرض جسدي شديد ألا يتم إلا إذا كان بالإمكان تحديد الأسباب المخمنة لاضطراب نفسي (اضطراب معرفي كالبطاح أو الخرف على سبيل المثال) بسهولة وباستخدام أدنى حد من الإجراءات التدخلية invasive Procedure وإمكانية العلاج بتلك التدخلات التي تعني بالنسبة للمريض القليل من الضغوط.

وطبقاً لعوامل الخطر المطابقة والأسباب الغالبة للضغوط النفسية الاجتماعية والاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين يتم في التشخيص القائم على التعديل تحديد نوع الضغوطات الموجودة ومقدارها أو الموارد الموجودة في المجالات التالية

وتحليلها استناداً لظروفها (أنظر حول ذلك الفصول المطابقة حول هذا في الأجزاء المختلفة من هذا الكتاب):

- **العوامل الفردية**: من نحو المتغيرات الديموغرافية الاجتماعية والنظريات الشخصية حول المرض والعزو والاستعرافات غير المنطقية المتعلقة بالمرض وأنماط مواجهة المرض والتكيف مع المرض على سبيل المثال لا الحصر.
- **العوامل والاضطرابات النفسية**: من نحو المخاوف والحزن واضطرابات التكيف والاضطرابات الوجدانية على سبيل المثال.
- **العوامل الطبية**: من نحو إجراءات العلاج والأدوية (أحياناً تغيير إجراءات العلاج، عندما تشكل هذه إرهاقات نفسية، كالألم الشديد أو أعراض السحب على سبيل المثال)، تقييد الوظائف، السلوك المتعلق بالمرض، المطاوعة وعلاقة الطبيب بالمريض.
- **العوامل الاجتماعية**: من نحو الأسرة والأصدقاء ومحيط الحياة والانتماء الثقافي والديني.

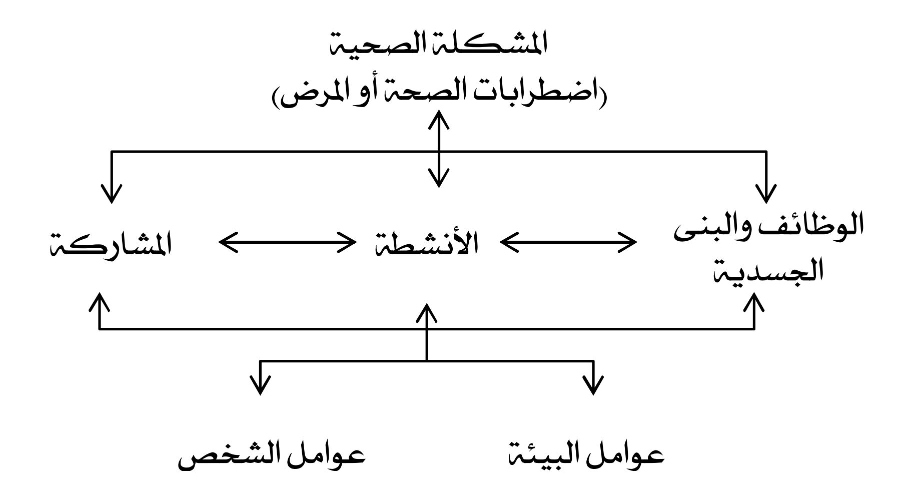
وعلى أساس إزمانية المرض الجسدي يمكن للضغوطات النفسية أن تظهر في المراحل المختلفة أو في أوقات مختلفة من مجرى المرض. وطبقاً لذلك فإنه من المهم تقييم الضغوطات النفسية الاجتماعية في إطار التشخيص في مراحل المرض كلها والتعرف عليها في الوقت المبكر. فمن ميزات التعرف على المرضى المرهقين (المضغوطين) والعلاج المبكر لهم ارتفاع الرضا عن العلاج ونوعية الحياة وانخفاض عدد المرضى الذين يصابون باضطرابات نفسية وحصول تواصل أفضل وبناء علاقة مشحونة بالثقة بين المعالجين والمريض والفهم الأفضل للعلاج من جانب المريض ونتائج علاجية أفضل وإرهاقات واحتراقات أقل لدى المعالجين المحترفين وغيرها كثير.

3- الآي.سي.أف. - تصنيف عالمي لكفاءة الوظائف والإعاقات والصحة

3.1 تصميم الآي.سي.أف.ICF

في السنوات الخمس والعشرين الماضية كانت هناك مساع بدأت بها منظمة الصحة العالمية لوضع تعريف عابر للثقافة للإعاقات والأمراض المزمنة من خلال ترسيخ نموذج بيولوجي اجتماعي نفسي للمرض. وفي عام 2001 وضعت منظمة الصحة العالمية "التصنيف العالمي للأداء والعجز والصحة " International Classification of Functioning, Disability and Health" (اختصار ICF) ويفترض أن يتم استخدامه من كل أعضاء منظمة الصحة العالمية في البحث والتقارير الصحية.

ويميز هذا التصنيف الجديد بين أعراض المرض على مستوى "تضرر الوظائف والبنى الجسمية ("body Structure" على سبيل المثال الوظائف العصبية العضلية، الوظائف العقلية/ النفسية) وعلى مستوى "النشاط Activity" (على سبيل المثال أنشطة التعلم واستخدام المعرفة، نشاطات التواصل) وعلى مستوى التأثيرات الاقتصادية الاجتماعية الذي أعيدت تسميته "للمشاركة participation" (كالمشاركة في العلاقات الاجتماعية، في طلب الرزق والعمل). وبمساعدة الآي.سي.أف.ICFيتم تصوير الحالة الوظيفية للصحة (الوضع الصحي الوظيفي أو الأداء الصحي) ومقدار الإعاقة والتضرر الاجتماعي للشخص الذي يعاني من مرض مزمن، أي أنه لا يتم تصنيف الأمراض الجسدية أو الاضطرابات النفسية بل آثارها. أما الأسباب المعنية لنشوء الاضطراب فليست مهمة هنا. ويعرض الشكل (1) مركبات الآي.سي.أف.ICF. فلدى الأشخاص بأمراض مزمنة غالباً ما تكون - وإن كان ليس بالضرورة- المستويات أو الأبعاد الثلاثة معنية: الضرر (الأولي) من خلال المرض أو العلاج أو كليهما، والتقييد (الثانوي) للأنشطة والقيود (الثالثية) للمشاركة في الحياة الاجتماعية.



الشكل (1): مركبات الآي.سي.أف.ICF

مثال حالة:

تبلغ سلمى من العمر 42 سنة وتعمل عملاً حراً في بيع الزهور، في محل تمتلكه مع زوجها منذ سنين طويلة. ومن خلال حادث سير كبير عانت من عدد من الكسور والإصابات العظمية في الحوض والعمود الفقري. وبعد سنوات طويلة من المعالجة في المستشفى وإعادة التأهيل الطبي بقيت لديها إعاقة في المشي، استعانت عليها بعكاز (تضرر الوظيفة). وفي أثناء تعافيها وإعادة تأهيلها أدار زوجها المحل لوحده الأمر الذي كان صعباً عليه، إلا أنها عندما أرادت العودة لحياتها اليومية المعتادة سرعان ما اتضح أنها لم تعد قادرة على القيام بالعمل الجسدي المنهك (تضر النشاط). فهي لا تستطيع الوقوف طويلاً ولا رفع الأشياء الثقيلة، وتعاني بين الحين والآخر من ألم تعالجه بالأدوية. قرر الزوجان بوضعهما المادي السيئ توظيف عامل مساعد، و تظل سلمى في البيت تدير الحسابات. وبسبب الإعاقة والآلام لم تعد تخرج من النزل إلا فيما ندر وتشعر بالوحدة وأنها لا قيمة لها، ولا تريد أن تكون عبئاً على الأصدقاء والمعارف (تضرر المشاركة).

3.2 عوامل السياق

يراعي الآي.سي.أف.ICF ما يسمى بعوامل السياق. وهي عبارة عن عوامل تسهم في تكوين خلفية الحياة للإنسان. ومن بين عوامل السياق العوامل الشخصية (كالجنس والسن وأسلوب الحياة والموارد واستراتيجيات المواجهة على سبيل المثال) والعوامل المتعلقة بالبيئة (الاتجاهات والأحكام المسبقة للمجتمع ووجود المرافق الملائمة للإعاقة). وتختلف العوامل الشخصية عن العوامل المتعلقة بالبيئة في أنها تؤثر على بشكل خاص على الخبرة الشخصية للتقييد والإعاقة. ويوجد بين العوامل الشخصية وعوامل المحيط تفاعل ديناميكي كما هو الحال بين كل الأبعاد: فالتغيرات على عامل واحد يمكن أن تقود إلى تغيرات أخرى على العامل نفسه أو على عامل آخر. وبهذا فإنه ينظر للإعاقة على أنها نتيجة تفاعل بين مشكلة الصحة من جهة و عوامل السياق من جهة أخرى. فالضرر المتشابه يمكنه لدى شخصين أن يؤثر على مستوى الأنشطة والمشاركة بشكل مختلف. وليس بالضرورة هنا أن تكون شدة المرض أو الضرر (مقدار الضرر العضوي) مؤشراً لشدة الإعاقة، فهي ترجع إلى الاضطرابات المعاشة ذاتياً للتكامل الصحي والنشاط الشخصي والمشاركة بالمجتمع. ومع الآي.سي.أف.ICF الذي يعد استكمالاً للآي.سي.دي. العاشر ICD-10 ، تتوفر منظومة تصنيف عالمية تتيح تحديد الأبعاد الأساسية للصحة الوظيفية بشكل شامل وتفصيلي.

وتقتصر التطويرات الراهنة للآي سي أف ICF على تعييرها واختبار مدى قابليتها للاستخدام بالنسبة لمجالات التطبيق الإكلينيكية وهنا بشكل خاص في التعيير الإجرائي للفئات المنفردة وإنجاز أدوات صادقة وثابتة وعملية للقياس (أنظر DIDMm2002) وفي إطار إعادة تأهيل المرضى المزمنين يمثل إنجاز ما يسمى الآي.سي.أف.ICF– للمجموعات الرئيسية ICF-Core Set شكلاً من تطبيق الآي.سي.أف.ICF. ويتضمن الآي.سي.أف.–للمجموعات الرئيسية ICF-Core Set فئات لوصف وتصنيف الوظيفة والإعاقة والصحة. وبهذا يكون ICF-ICF-Core Set تجميعاً يحدد الفئات المهمة

من ICF بالنسبة لاضطراب محدد في الصحة. ففي ألمانيا يتم في الوقت الراهن عمل مجموعات رئيسية لأمراض الجهاز العظمي العضلي والأمراض القلبية والباطنية الأخرى ومتلازمة الآلام المزمن والاضطرابات النفسية والعصبية (أنظر مجموعة عمل ستوكي G. Stucki، مستشفى وعيادات الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل، جامعة لودفج ماكسيميليانس ميونخ).

4-الأدوات التشخيصية وطرق الحصول على المعلومات

يتضمن التشخيص النفسي للناس بمرض مزمن قياس الأعراض والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية والضغوطات (الإرهاقات الاجتماعية) واستراتيجيات مواجهة المرض ونوعية الحياة وتقييم الأداء والوظائف والسلوك الصحي وعوامل الخطر والدافعية لإعادة التأهيل ووجود الموارد الفردية والاجتماعية. وإلى جانب نوع وشدة الضغوطات الفردية يتم تحديد وقت ظهور الألم والعوامل المحافظة على الاستمرارية والإزمان الممكن. ومن خلال منظومات التشخيص الرائجة الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV لابد من الفصل بين الضغوطات النفسية والضغوطات الاجتماعية النفسية من جهة وبين الاضطرابات النفسية من جهة أخرى. ويشمل التشخيص النفساني السبر والمقابلة الإكلينيكية والملاحظة والاستبيانات والاختبارات. وحسب الأهداف الإكلينيكية المختلفة أو المنهجية البحثية توجد مقابلات إكلينيكية صادقة وأدوات سيكومترية خاصة بالمرض أو عامة للتقييم الذاتي أو تقييم الآخر. وأدوات التشخيص الموصوفة فيما يلي تقتصر على التشخيص لدى الراشدين بأمراض جسدية مزمنة فقط.

4.1 المقابلات الإكلينيكية

تقيس المقابلات الإكلينيكية بمعنى التقييم الإكلينيكي الشامل طيفاً واسعاً من الأعراض الخاصة بالاضطراب. فبالنسبة لبعض أدوات المقابلة من نحو المقابلة الإكلينيكية

المبنية للدي.أس.أم. الرابع SCID، توجد أدوات فرز إضافية. ويقدم جدول (1) عرضاً لأدوات المقابلة لقياس الاضطرابات النفسية في سن الرشد، والمهمة أيضاً فيما يتعلق بقياس الاضطرابات المطابقة لدى المرضى بأمراض مزمنة.

جدول (1): أدوات المقابلة لقياس الاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين.

المقابلة	المؤلفون	المدة
المقابلة الإكلينيكية المبنية لـ الدي.أس.أم.-DSM-IV –اختصار SCID	First et al.,2000; Wittchen et al.,1997	20–30 دقيقة
المقابلة العالمية التشخيصية المركبة –اختصار CIDI	Robins et al., 1988; WHO,1994	20–30 دقيقة
المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية – اختصار DIPD	Margraf et al.,1994	20–30 دقيقة

وتقيس المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع SCID محكات تشخيصية تفصيلية للاضطرابات النفسية وفق منظومة التشخيص تصنيف الدي.أس.أم. الرابع. وهناك أدوات أخرى كالمقابلة التشخيصية العالمية المركبة التي تستند إلى الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والمقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية DIPD. وكل هذه المقابلات تقوم على أساس تقديرات يجريها مُقَابِل مدرب.

4.2 أدوات التقييم الذاتي

بما أن المقابلات الإكلينيكية تستهلك الوقت في العادة فقد تم تطوير مجموعة من أدوات التقييم الذاتي يمكن اعتبارها صالحة بشكل جزئي فقط للتحديد النوعي للمشكلات النفسية والاجتماعية النفسية لدى المرضى المزمنين (قارن على سبيل المثال Buefang, Potthoff & Schliehe, 1999) . ويقدم جدول (2) عرضاً لمجموعة مختارة من

الأدوات المستخدمة في الغالب لدى المرضى المزمنين لقياس الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية النفسية. وقد تم تجميع الأدوات هنا في خمسة مجالات:

1- الأعراض النفسية (وبشكل خاص الاكتئاب والقلق) وشكاوى الأعراض؛

2- الصحة الذاتية ونوعية الحياة؛

3- الألم وأنشطة الحياة اليومية؛

4- سلوك الصحة وتمثل المرض؛

5- الإرهاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي؛

ويعرض جدول (2) تلخيصاً وافياً للأدوات في كل مجال من المجالات.

جدول (2): أدوات وصف ذاتي منتقاة للتشخيص في الأمراض المزمنة

أدوات الوصف الذاتي		المجال المقاس	المؤلفون
BDI	مقياس بك للاكتئاب	الاكتئابية	Beck et al., 1961
HADS	مقياس قلق واكتئاب المستشفى Hospital Anxiety and Depression Scale	القلق والاكتئابية	Zigmond & Snaith,1983
GHQ-36/12	استخبار الصحة العام General Health Questionnaire	الأعراض الوجدانية (القلق والاكتئاب)	Goldberg & Williams, 1988; Goldberg et al., 1997; Schmitz et al., 1999
STAI	مقياس القلق كسمة وحالة State and Trait-Anxiety Inventory	حالة القلق وسمة القلق	Spielberger, 1981
SCL-90-R	قائمة الأعراض-90 النسخة المعدلة	شكاوى الأعراض	Derogatis, 1993
BSI	القائمة المختصرة للأعراض Brief Symptom Inventory	الاضطرابات النفسية وفق الدي.أس.أم.	Spitzer et al., 1999; Loewe et al., 2002

أدوات الوصف الذاتي		المجال المقاس	المؤلفون
PHQ-D	استبيان الصحة للمرضى Patients Health Questionnaire	الرابع DSM	
DIA-X	أدوات DIA-X للفرز	الاضطرابات النفسية	Wittchen & Perkonigg, 1997
DIS-TH	مقياس الضيق Distress Thermometer	الإرهاقات النفسية	Roth et al., 1998 NCCN,2003; Mehnert et al., 2005
BL	قائمة الأعراض	التعرف على الأعراض الخاصة بالمرض والعلاج	Von Zerssen & Koeller, 1976
الصحة الذاتية ونوعية الحياة			
SF-36	استبيان الوضع الصحي	الصحة الذاتية	Bullinger & Kirchberger, 1998
IRES-3	مؤشرات وضع إعادة التأهيل النسخة الثالثة Indicators of Reha-Status, Version 3	الصحة الذاتية	Schochat et al., 2003
WHOQOL-100	أداة تقييم نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية WHO Quality of Life Assessment Instrument	نوعية الحياة	WHOQOL-Group,1995,1995
EORTC-QLQ-C30	استخبار المنظمة الأوروبية للبحث ومعالجة لنوعية حياة مرضى السرطان European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire	نوعية حياة مرضى السرطان	Aaronson et al., 1991, 1993

أدوات الوصف الذاتي		المجال المقاس	المؤلفون
FLZ	مقياس الرضا عن الحياة	الرضا عن الحياة	Henrich & Herschbach, 1995
الألم وأنشطة الحياة اليومية			
KSI	مقاييس الجمعية الألمانية للألم	الألم	الجمعية الألمانية للألم
FIM	مؤشر الاستقلالية الوظيفية Functional Independency Index	تقييد الوظائف	De Langen et al., 1995
FFbH	مقياس هانوفر الوظائف	الاضطرابات الحركية	Kohlmann & Raspe, 1996
سلوك الصحة وتمثل المرض			
GS-R	مسح الصحة-سلوك الخطر Health Survey-Risk Behavior	سلوك الصحة	Haertel, 1997
FKV	مقياس فرايبورغ لتمثل المرض	تمثل المرض	Muthny, 1989
TSK	مقياس ترير لتمثل المرض	تمثل المرض	Kauler & Filipp, 1993
HKI	قائمة هامبورغ لمواجهة المرض	تمثل المرض	Namir et al., 1987. Zaun,2002
KKG	مقياس قناعات الضبط (مركز الضبط) حول المرض والصحة	قناعات الضبط Control Ambition	Lohaus & Schmitt, 1989
PAREMO	مقياس المرضى لقياس الدافعية لإعادة التأهيل	دافعية إعادة التأهيل	Hafen et al., 2001
الإرهاقات الاجتماعية، والدعم الاجتماعي			
F-SOZU	مقياس الدعم الاجتماعي	الدعم الاجتماعي	Sommer & Fydrich, 1991
SSUK	مقاييس الدعم الاجتماعي في المرض	الدعم الاجتماعي، التفاعلات المرهقة	Revenson & Schiaffino, 1990; Ramm & Hasenbring,2003
FBS-B	مقياس التقييم الذاتي للمستخدمين	الضغوط المهنية	Potthoff & Schian, 1996

5- بعض الخصائص والصعوبات في التشخيص النفسي للمرضى المزمنين

كما يتبين من الفقرة (2) فإن الأولوية في التطويرات التشخيصية الحديثة لدى المرضى المزمنين تمنح لقياس عواقب المرض. وتحظى بشكل خاص أبعاد الأنشطة والمشاركة بأولوية خاصة في التشخيص النفسي. وعلى أية حال فإن تصنيف التشخيص العالمي لتصنيف الأداء والإعاقة والصحة ICF الراهن قد خطا خطوات أسرع من التحديد الإجرائي لهذه المستويات وقياسها. ومن هنا فإن ما يعد خاصاً بالمرضى المزمنين، يعاني من قصور على المستوى الأدواتي.

وقد أشرنا في الفقرة (1) إلى عدم التجانس الكبير بين النتائج حول الاختلاطية في الاضطرابات النفسية لدى المرضى المزمنين، ناهيك عن أنه لابد من أخذ مشكلات أخرى لديهم بعين الاعتبار. ففي الأمراض الجسدية الشديدة والمراحل المتقدمة من المرض وتزايد الضعف الجسدي تصبح الأعراض الجسدية والنفسية بالنسبة لجزء من المرضى شديدة الوخامة (Breitbartm Chochinov & Passik, 2003; Chochinov,2000). وعليه فلم تشكل لدى المرضى المعالجين بمسكنات الألم الشكاوى الجسدية كالألم أو ضيق التنفس أو المشكلات الهضمية الأعراض السائدة بل أعراض نفسية ونفسية جسدية كعدم الهدوء أو العصبية أو التوتر أو نقص الطاقة أو الأرق أو الحزن كما أظهرت دراسة لبورتينوري وآخرين Portenory et al. (1994) على مرضى السرطان والإيدز. ولابد من التأكيد على التفاعلات بين الأعراض المرتبطة بالعلاج والاضطرابات النفسية. وعليه يظهر مرضى الآلام خطراً للإصابة بالاضطرابات النفسية (اغلبها اضطرابات القلق مع مزاج اكتئابي أو مختلط)، أكثر بمرتين من المرضى من دون ألم (Derogatis et al., 1983; Breitbart et al., 2003)

ويشكل التداخل بين الأعراض الجسدية والنفسية والذي سنوضحه من خلال مثال حول الاكتئابات صعوبة أخرى للتشخيص. فالاضطراب الاكتئابي يتصف بوجود ما يسمى بالأعراض الأساسية، أي التعكر الاكتئابي المستمر للمزاج أو فقدان المتعة. أما

الأعراض الأخرى فتتصف بالتغيرات الحركية النفسية والجسدية والشكاوى الاستعرافية. وإحدى المشكلات في تشخيص الاضطرابات الاكتئابية لدى المرضى بأمراض جسدية تمثلها مهارة وتفسير الأعراض الجسدية. وهنا تتم مناقشة عدد من المبادئ:

1- أخذ كل أعراض الاضطراب الاكتئابي بغض النظر عما إذا كانت الأعراض الجسدية ناجمة عن المرض أو العلاج أم لا.

2- التخلي عن مراعاة الأعراض الجسمية كلها للاضطراب الاكتئابي.

3- تقييم الأعراض الجسمية كلها استناداً إلى فيما إذا كانت هذه على أساس اكتئاب أم أنها مرتبطة بالمرض أو العلاج (المبدأ النشوئي).

4- وتعد الطريقة التي اقترحها إنديكوت (Endicott, 1984) طريقة منتشرة وموثوقة، وتتمثل في عدم استخدام الأعراض غير الواضحة المصدر في التشخيص وإنما تعويضها بأعراض أخرى.

5- واقترح شوتشينوف وويلسون وإينس ولاندر (Chochinov, Wilson, Enns& Lander, 1994) أنه لا بد أن يتوفر بالنسبة لتشخيص الاكتئاب الأساسي عدد أكبر من الأعراض (سبعة بدلاً من الخمسة المقترحة في الدي.أس.أم.DSM-IV) لدى المرضى بمرض جسدي.

وكما عرضنا فإن التشخيص لدى المرضى بأمراض جسدية يعتمد بالدرجة الأولى على الأعراض النفسية والاستعرافية للاكتئاب وبشكل أقل على الأعراض الجسدية. إلا أن هذه الإستراتيجية ليست خالية من المشكلات: فكيف يمكن على سبيل المثال تفسير مشاعر اليأس لدى مريض لا يوجد لديه إلا القليل من الأمل أو لا يوجد لديه أي أمل على الإطلاق في الشفاء؟ لهذا لابد من تقويم المشاعر النفسية كفقدان الأمل والذنب من وجهة نظر مضمونية في سياق الإطار الطبي.

وعلى الرغم من التقدم المطرد في الطب فإن الأضرار النفسية التي كانت موجودة

قبل المرض أو الناجمة عن المرض الجسدي والعلاج لا تحظى بالاهتمام نفسه في التشخيص والعلاج مثلما هو الحال في الأعراض الجسدية. ويسهم بهذا من ناحية المتخصصون الطبيون من خلال عدم الثقة بالتعامل مع المرضى المرهقين نفسياً والتقليل من أهمية شدة الأعراض النفسية والتحويل الصحيح، ومن جهة أخرى المرضى من خلال الخوف من الوصمة الإضافية أو توقع أن يتم التطرق للإرهاقات (الضغوط) النفسية من المعالج الطبي (Pouget-Schors & Degner, 2002). إلا أن المعوقات المؤسساتية أو الاقتصادية غالباً ما تكون هي السبب أيضاً في إعاقة الرعاية الشاملة للمرضى المزمنين والمخاوف من أن المعالجة النفسية لا تقوم على الدلائل)(غير مسندة not evidence based أو غير مختبرة الفاعلية. لهذا تتطلب الرعاية الشاملة للمرضى المزمنين تشخيصاً وعلاجاً تشاركياً (بين تخصصي) وتعاوناً كافياً بين التخصصات المختلفة وبهذا يتم منح المشكلات النفسية الأهمية نفسها التي تمتلكها الأعراض الجسدية.

28- اضطرابات الأكل

برونا توشين كافير BrunnaTuschen-Caffier

1-مدخل

تتصف اضطرابات الأكل في جزء منها بالامتناع عن تناول الأكل، وفي جزء آخر منها بفرط تناول الأكل. فالمرضى وغالبيتهم من الإناث الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي[1] Anorexia Nervosa اختصارAN يسعون ليصبحوا نحيفين وبالتالي فهم

---

(1) وتسمى في اللغة العربية الخَلَفة أو القهام.

يمتنعون عن التناول الطبيعي والصحي للأكل. وهم يتغذون من طعام منخفض السعرات الحرارية بشكل متطرف جداً وغير متزن (تجنب الأغذية المحتوية على النشويات والدهون)، ويمارسون رياضة متطرفة أو يبدون نزعة مرتفعة للحركة كي لا يزداد وزنهم أو من أجل ألا يزداد وزنهم (APA,2000; WHO,1991). أما الصورة المرضية للشره المرضي (البوليمياbulimia nervosa[1]) اختصار BN فتشبه من وجوه عدة فقدان الشهية العصبي (القهام)، حيث يعاني المعنيون - وهم غالبيتهم من البنات والمراهقات الصغار- خوفاً واضحاً من ازدياد الوزن ويتمسكون في بعض الأحيان بقواعد صارمة من الحمية. إلا أن الامتناع عن تناول الطعام لدى هؤلاء الأشخاص ليس صارماً كما هو الحال في القهام؛ ويختلفون عن مرضى القهام بأنهم لا يعانون من الوزن المنخفض تحت الحد الأدنى، بالإضافة إلى أنهم يمرون بمراحل من قطع الطعام المراقب والمنخفض السعرات تتصف بمراحل قصيرة الأكل الكثير (على شكل نوبة أكل). وفي أثناء نوبات الالتهام هذه يلتهمون كمية كبيرة من المأكولات سهلة المضغ الغنية بالسعرات الحرارية. أما زيادة الوزن بنتيجة الأكل الكثير هذا فيصدونها من خلال الإقياء بعد نوبة الأكل أو من خلال استراتيجيات أخرى للتحكم بالوزن (كتناول المسهلات أو ممارسة الرياضة). أما الأشخاص الذين يعانون من اضطراب "أكل الحفلات Binge-Eating-disorder" اختصار BED فيظهرون كذلك سلوك أكل على شكل نوبات مرحلية، إلا أنهم لا يستخدمون إجراءات للوقاية من ازدياد الوزن. وتشكل نسبة المرضى من النساء الذين يعانون من اضطراب أكل الحفلات الثلثين تقريباً والرجال الثلث، ومن هنا فهم غالبيتهم من السمان.

وسوف نتعرض في هذا الفصل للأعراض والتصنيف والانتشار والتشخيص التعديلي للقهام والضور (فقدان الشهية العصبي والبوليميا)، ونتعرض بتفصيل

---

(1) ويسمى الضور: الشكل الثاني من اضطرابات الأكل.

لوصف مجموعة اضطرابات الأكل غير المحددة بدقة، أي "أكل الحفلات Binge-Eating-disorder". إذ تبدو هذه الاضطرابات حسب الدراسات الحديثة منتشرة بكثرة (مراجعة لدى Tuschen-Caffier& Schluessel,2005) ويعتقد أنه ستصبح بالنسبة للبحث والرعاية النفسية الإكلينيكية مجالاً مهماً.

وبما أن غالبية المرضى الذين يصابون باضطرابات الأكل هم من النساء فقد اخترنا الحديث بصيغة المؤنث.

2- الأعراض والمحكات التشخيصية

فقدان الشهية العصبي (القهام) Anorexia Nervosa

تسعى البنات والنساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل لأن يكن نحيفات بشكل شديد التطرف، ويعانين من خوف مرضي من ازدياد الوزن، على الرغم من أنهن دون الحد الأدنى من الوزن. ولايندر أن يبدأ الاضطراب بشكل متخف بأن تبدأ البنات والفتيات الصغار بالتخلي عن تناول "التحلية" بعد الأكل والأطعمة الحلوة والمأكولات الغنية بالدسم ويفضلن بدلاً منها الأطعمة التي تحتوي على الكثير من البروتين والقليل من الحريرات. وفي مجرى تاريخ المرض كثيراً ما تتخلى المريضات عن الوجبات الرئيسية وتصبح قائمة "الممنوعات" من الأطعمة أطول. وأخيراً تصل المعنيات إلى الوزن الواقع بوضوح تحت الحد الطبيعي والذي يرينه أنه طبيعي بالنسبة لطولهن.

ويتم في البحث والممارسة في الغالب استخدام مقياس كتلة الجسد Body Mass Index اختصار BMI [1] كقيمة توجيهية لتحديد الوزن الطبيعي أو الناقص عن الحد، حيث يتم حسابه من خلال تقسيم وزن الجسم بالكيلوغرام على مربع الطول

---

(1) في العربية مكج. (مقياس كتلة الجسد).

(مكج.=الوزن بالكيلوغرام/ مربع الطول بالمتر المربع). وغالباً ما يتم اعتبار أن (مكج=17.5) مؤشراً على انخفاض الوزن تحت الحد الأدنى الدي.أس.أم.-DSM-IV-TR).

وحسب الملاحظات الإكلينيكية والنتائج الإمبيريقية يمكن التمييز بين شكلين من فقدان الشهية العصبي (القهام) AN: تظهر المجموعة الأولى من المريضات بالقهام أسلوب أكل دائم منخفض السعرات الحرارية بشدة وتسمى بالنمط التقييدي restrictive الدي.أس.أم.DSM-IV-TR ، وتحصل لدى المجموعة الثانية من المريضات بالقهامين الحين والآخر نوبات من الأكل تستجيب لها المعنيات إما بالإقياء أو بإفراغ الأمعاء (تناول المسهلات والملينات) ويطلق الدي.أس.أم.DSM-IV-TR على هذا الشكل البوليمي (الضوري) من القهام [الشكل البوليمي من فقدان الشهية العصبي bulimic form from Anorexia Nervosa] " الأكل من النمط/ التطهيري أو التسهيلي Eating/Purging Typus" ووفق الإرشادات التشخيصية للجمعية النفسية الأمريكية فلابد أن تتحقق المحكات التالية لتشخيص القهام (فقدان الشهية العصبي):

كي نتمكن من الحديث عن اضطراب أكل بمعنى فقدان الشهية العصبي (القهام) لابد – إلى جانب فقدان الوزن – من وجود مخاوف مرضية من زيادة الوزن واضطرابات من نوع الكيفية التي يعاش بها الوزن أو الشكل واضطرابات غددية (غياب الدورة الشهرية).

ومن الناحية التشخيصية التفريقية لابد لفقدان الوزن ألا يكون ناجماً عن أسباب جسدية (سرطانات دماغية وأمراض داخلية على سبيل المثال) أو فقدان للوزن في سياق اضطراب اكتئابي. ففي هذه الأمراض لا توجد اضطرابات تصويرة الجسد المميزة لفقدان الشهية العصبي ولا مخاوف زيادة الوزن. كما يمكن أن تظهر في الفصامات عادات أكل شاذة؛ إلا أن السمات الأساسية في الفصام (من نحو الاضطرابات النموذجية في الوجدان والانفعال) غير موجودة في القهام.

أما الإرشادات التشخيصية حسب الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 فهي تشبه إلى حد كبير محكات الدي.أس.أم.DSM-IV-TR، غير أنه لا يتم التفريق في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 بين المجموعتين الفرعيتين الأساسيتين من القهام (النمط التقييدي، والأكل من النمك التسهيلي أو التطهيري.

ويعد القهام اضطراباً نفسياً شديداً يترافق مع مشكلات شديدة العواقب قد تصل لارتفاع احتمال الموت مقارنة بالمجموع العام من السكان العاديين. ولكن وعلى الرغم من الحالة الصحية الحرجة ينكر كثير من مريضات القهام لفترة طويلة شدة اضطرابهن ويقفن موقفاً رافضاً من العلاج. وليس من النادر ألا يكن متحفزات للجوء للعلاج إلا بناء على إلحاح محيطهن.

الجدول (1): المحكات التشخيصية لفقدان الشهية العصبي وفق الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10

الآي.سي.دي. العاشر ICD-10	الدي.أس.أم.DSM-IV-TR
رفض في الحفاظ على وزن الجسد الواقع في المجال المعياري بالنسبة لعمر وطول المعني أو الواقع ضمن هذا المجال (على سبيل المثال الوزن الذي يقع أقل من 58٪ من الوزن المتوقع، غياب ازدياد الوزن في مراحل النمو)	يقع وزن الجسد 15٪ على الأقل دون الوزن المتوقع أو مقياس كتلة الجسد (كغ/ مربع الطول) عند 17.5 أو أقل.
	يتم إنقاص الوزن بشكل مقصود (من خلال الإقياء، تجنب الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية، الرياضة المتطرفة، كابحات الشهية ، المسهلات على سبيل المثال)
خوف شديد من ازدياد الوزن أو من السمنة على الرغم من وجود وزن دون الحد الطبيعي.	

الآي.سي.دي. العاشر ICD-10	**الدي.أس.أم.DSM-IV-TR**
اضطرابات في خبرة الوزن الذاتي أو الشكل الذاتي، أو التوجه الشديد المبالغ به لقيمة الذات وفق الشكل والوزن أو إنكار الأهمية الوخيمة للوزن الراهن المنخفض.	اضطرابات تصويرة الجسد (الخوف من السمنة على سبيل المثال)
لدى النساء بعد الدورة: غياب الحيض (على الأقل الغياب ثلاثة مرات وراء بعضها للدورة الشهرية؛ تظهر دماء الدورة بعد إعطاء الهرمونات فقط).	اضطرابات غددية (لدى النساء في الدورة الشهرية لدى الرجال فقدان الليبدو والقدرة)
	عند بدء الاضطراب قبل البلوغ اضطرابات في نمو البلوغ (كتوقف النمو، غياب نمو الصدر على سبيل المثال)
خصوصيات specification النمط التقييدي: لا يوجد لدى المريض نوبات أكل ولا يبدي سلوك "تفريغ" كالإقياء أو تناول المسهلات والملينات. نمط أكل الحفلات/ نمط الأكل-التسهيل: يوجد لدى المريض نوبات أكل تظهر بانتظام وسلوكات كالإقياء وتناول المسهلات أو الملينات	

الضور (البوليميا Bulimia Nervosa)

السمة المميزة لهذا لاضطراب الأكل هذا هو أن المعنيين يعانون من نوبات أكل لا يستطيعون في أثنائها التوقف عنه. وفي أثناء هذه النوبات يتناولون في العادة مأكولات سهلة القضم وعالية السعرات الحرارية (كالحلويات والمثلجات والخبز والمعكرون، والكفتة)، التي لا يتناولونها في أكلهم في العادة. ونتيجة للخوف من تزايد الوزن فإن كثير من مرضى الضور يقومون بعد نوبة الأكل بإحداث الإقياء المقصود أو يستخدمون وسائل أخرى لإفراغ المعدة والأمعاء أو للتسهيل (كالملينات والمسهلات والحقن الشرجية). وتطلق الجمعية النفسية الأمريكية على هذا الشكل من الضور تسمية "النمط التسهيلي purging Typus". وهناك شكل آخر من الضور ("النمط غير التسهيلي") لا يستخدم المعنيون إلا تلك الإستراتيجيات التي تسهم على المدى المتوسط في تخفيض الحريرات ومن ثم ضبط الوزن (من نحو فترة من الحمية أو الممارسة المتطرفة للرياضة أو كليهما). وطبقاً لإرشادات الجمعية النفسية الأمريكية لابد من توفر المحكات التالية من أجل طرح تشخيص الضور:

يمثل وجود أطوار متكررة من نوبات الأكل، تعيش المريضات في أثنائها خبرة فقدان السيطرة على الأكل، السمة التشخيصية للضور (البوليميا). وتشكل أنماط سلوك تعويضية تظهر بانتظام (الإقياء المقصود على سبيل المثال) والتي تهدف لتجنب ازدياد الوزن محك تشخيص آخر. ويتحقق هذا المحك التشخيصي عندما تحدث نوبتان من الأكل خلال أسبوع واحد لفترة ثلاثة أشهر على الأقل. إلا أنه ليس هناك حتى الآن اتفاق حول إلى أي مدى يمكن التفريق من الناحية الإمراضية النفسية (الباثوسيكولوجيا) بين المريضات اللواتي يحققن تكراراً محدداً من نوبات الأكل مع إجراءات مضادة، وبين أولئك الذين تكاد لا تتحقق لديهن هذه المحكات.

بالإضافة إلى ذلك لابد لتشخيص الضور (البوليميا) من أن تكون مشاعر القيمة الذاتية متأثرة بدرجة كبيرة بشكل الجسد والوزن. وعليه تقلق مريضات الضور اللواتي

لديهن في العادة وزنا طبيعياً على قوامهن ويبدو أن تقييماتهن لأنفسهن متعلقة، بمدى رضاهن أو عدم رضاهن عن وزنهن أو قوامهن (APA,2000). كما ويتيح هذا المحك التشخيصي التحديد التشخيصي التفريقي للضور عن الاضطرابات النفسية الأخرى (كالفصام على سبيل المثال) وأمراض عصبية أخرى (كسرطانات الجهاز العصبي المركزي ، ومتلازمة كلاين ليفين[1] Klein Levin Syndrome)، التي يمكن أن تظهر فيها أيضاً عادات أكل غريبة قد تصل لنوبات أكل، ولكن من دون وجود الاتجاهات المعطوبة (المختلة الوظيفة dysfunctional) نحو القوام والوزن في سياق خبرة قيمة الذات.

ووفق محكات الدي.أس.أم.DSM-IV-TR لا يجوز إعطاء تشخيص الضور (البوليميا) إلا عندما تكون المريضة المعنية لا تعاني من القهام (فقدان الشهية العصبية) في الوقت الراهن. وفي حالة أن المريضة حققت محك القهام (فقدان الشهية العصبي)، يكون لهذا التشخيص الأولوية. وقد كان أساس هذا القرار بتحديد محك الدي.أس.أم. هو أنه عند وجود القهام (فقدان الشهية Anorexia Nervosa) فإن زيادة الوزن تمثل نتيجة علاجية أساسية (Fairburn & Wilson,1993).

ويشبه تصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تصنيف الدي.أس.أم.-DSM-IV-TR إلى حد كبير، غير أن فقدان التحكم لا يشكل محك تشخيص للضور ولا يتم إعطاء محكات إجرائية (التكرار والمدة) في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10، لتحديد متى يتم الحديث عن نوبة أكل أو كم لابد أن تتكرر نوبات الأكل أو الإجراءات التعويضية المضادة ومن ثم الحديث عن اضطراب أكل من نوع الضور (البوليميا). كما لا يوجد في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تمييز بين المجموعات الفرعية المختلفة للضور

(1) وهي حالة نادرة تصيب الصبيان اليافعين وتتصف بأدوار عرضية من فرط النوم والنهم تدوم أياماً أو أسابيع، وتزول هذه الحالة عادة في البالغين.

(النمط التسهيلي مقابل النمط غير التسهيلي). بالمقابل يشير الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 إلى أنه غالباً ما يتم برهان وجود أطوار من القهام (فقدان الشهية العصبي) لدى المريضات بالضور.

جدول (2): محكات تشخيص الضور (البوليميا) وفق الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10

أطوار متكررة من نوبات الأكل. تتصف نوبة الأكل بالسمات التالية: • يتم خلال وقت محدد (خلال ساعتين على سبيل المثال) تناول كمية من الأكل أكبر مما قد تتناوله غالبية البشر ضمن الظروف المحيطية المشابهة. • ينشأ في أثناء نوبة الأكل الشعور بفقدان التحكم على الأكل (كالشعور بأن الإنسان لا يستطيع التوقف عن الأكل أو لا يستطيع التحكم بكمية الأكل التي يتناولها).	نوبات أكل وانشغال دائم بالأكل
سلوك تعويضي غير ملائم متكرر، للوقاية من زيادة الوزن؛ كالإقياء المقصود، وسوء استخدام الملينات أو المسهلات أو أدوية أخرى أو الحمية أو الممارسة المتطرفة للرياضة على سبيل المثال.	إجراءات للتأثير المضاد لزيادة الوزن (كالإقياء المستثار ذاتياً أو المسهلات أو فترات تجويع على سبيل المثال).
تظهر نوبات الأكل وأنماط السلوك التعويضي على حد سواء طوال ثلاثة أشهر في المتوسط ومرتين في الأسبوع على الأقل.	
يتأثر تقييم الذات بالقوام والوزن بشكل مبالغ به.	الخوف المرضي من السمنة.

	تكرار وجود القهام (فقدان الشهية العصبي) في التاريخ السابق
لا يظهر الاضطراب فقط في أثناء طور قهامي (فقدان شهية عصبي)	
خصوصيات specification: "النمط التسهيلي Purging-Typus: يقوم المريض بالإقياء بانتظام أو يسيء استخدام المسهلات والملينات أو الحقن الشرجية. "النمط غير التسهيلي": لا يستخدم المريض الإقياء أو المسهلات بانتظام (سلوك التسهيل) وإنما يستخدم إجراءات أخرى كالرياضة على سبيل المثال.	

اضطراب أكل الحفلات "Binge-Eating"-Disorder

يتصف اضطراب "أكل الحفلات" (اختصار BED) بان الشخص المعني يعاني من نوبات أكل متكررة من دون أن يحقق محكات الضور (البوليميا). وقبل نشر المحكات التشخيصية للجمعية النفسية الأمريكية في عام 1994، تم وصف هذا الاضطراب في المراجع الإنجليزية بالبوليميا غير التسهيلية أو فرط الأكل القهري Compulsive Overeating . وبما أنه لا توجد حتى الآن إلا القليل من النتائج المسندة حول هذا الاضطراب فإنه تتم في الدي.أس.أم.DSM-IV-TR اضطراب "أكل الحفلات" كتشخيص بحثي (APA,2000). وقد تم وضع الاضطراب في فئة اضطرابات الأكل غير المصنفة في مكان آخر.

ولا يوجد في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 حتى الآن أي تشخيص بحثي لاضطراب "أكل الحفلات" إلا أنه يمكن تصنيف نوبات الأكل في اضطرابات نفسية أخرى (F50.4). فضمن هذه الفئة يتم وضع الأكل المفرط كاستجابة للأحداث

الضاغطة، وقاد (أي الأكل) إلى زيادة الوزن. إلا أنه ليس من الضرورة لهذا أن يتطابق مع الصورة المرضية "لأكل الحفلات"، ذلك أن نوبات الأكل لا تظهر إلا لدى فئة فرعية من المريضات المعانيات من اضطراب "أكل الحفلات" في سياق الحالة المزاجية

الجدول (3): محكات البحث لاضطراب "أكل الحفلات
طبقا لمحكات الدي.أس.أم.DSM-IV-TR

أطوار متكررة من نوبات الأكل تطابق المحكات التالية:

- يأكل المعنيون خلال وقت محدد (خلال ساعتين على سبيل المثال) كمية من الأكل أكبر مما قد تأكله غالبية الناس ضمن الظروف مشابهة.
- ينشأ أثناء نوبة الأكل الشعور بفقدان التحكم بالأكل (كالشعور بـن الإنسان لا يستطيع التوقف أو لا يستطيع التحكم بما يأكل وما يأكل).

تظهر نوبات الأكل مع الأعراض الثلاثة التالية على الأقل:

1- الأكل بشكل أسرع مما هو في العادة
2- الأكل حتى يصل الإنسان إلى الشعور بالتخمة
3- عدم الأكل في حضور الآخرين بسبب الكمية التي يأكلها الإنسان.
4- أكل كميات كبيرة من دون جوع
5- الشعور بالنفور من الذات، والعكر المزاجي، ومشاعر الذنب بعد الأكل المفرط.

المعاناة الواضحة بسبب نوبة الأكل

- تظهر نوبات الأكل في المتوسط في يومين على الأقل في الأسبوع وخلال ستة أشهر.
- لا تترافق نوبات الأكل مع الاستخدام المنتظم لأنماط السلوك التعويضي للتحكم بالوزن (كالإقياء أو سوء استخدام الملينات أو المسهلات ..الخ على سبيل المثال) ولا تظهر فقط في مجرى قهام (فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa) أو في القهام (البوليميا).

السلبية (Grilo, Masheb & Wilson,2001). ومن هنا لا تظل إلا فئة اضطرابات الأكل غير المحددة بدقة (F50.9) في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 أي فئة البقية إن صح التعبير والتي تمثل كل اضطرابات الأكل الأخرى التي لا يتم تصنيفها في الفئات التشخيصية الأخرى.

وحسب مستوى المعرفة الراهن تحصل نوبات أكل منتظمة لدى ثلث الأشخاص الذين يشاركون ببرامج تخفيض الوزن، تشير إلى وجود اضطراب "أكل الحفلات". كما أن هناك دلائل على أن اضطراب "أكل الحفلات" يزداد كلما كان فرط الوزن لدى الشخص المعني أوضح (Spitzer, Devlin, Walsh et al., 1992)

عدا عن ذلك فقد ظهر أن مرضى اضطراب "أكل الحفلات" لا يشكلون مجموعة متجانسة، وإنما يتوزعون ضمن مجموعتين: مرضى اضطراب "أكل الحفلات" يجرون حمية بدرجة متوسطة مقابل مرضى "أكل الحفلات" يجرون كذلك حمية معتدلة إلا أنهم يعانون بشكل إضافي من مشكلات نفسية وبشكل خاص وجدانية (Grilo et al., 2001). ويعتقد أن كلا العاملين الحمية والمشكلات الوجدانية ربما تكون عوامل مثيرة لاضطراب "أكل الحفلات" أو محافظة على استمراري. إلا أنه لم يتم تأكيد مثل هذا الفرض بشكل إمبيريقي. وعليه لابد في الدراسات المستقبلية فحص إلى أي مدى تحظى نوبات الأكل لدى مرضى اضطراب "أكل الحفلات" بوظيفة صرف الانتباه عن الأمزجة والمشاعر المزعجة كالاكتئاب والقلق.

3- الاختلاطية والجائحة والمجرى

3.1 الاختلاطية

غالباً ما تظهر في اضطرابات الأكل اضطرابات نفسية مختلطة (المحور الأول من الاضطراب) أو اضطرابات في الشخصية (المحور الثاني من الاضطراب). ومن أكثر الاضطرابات التي تظهر الاضطرابات الوجدانية والقلق واضطرابات التعلق بالمواد

(Striegel-Moore et al,1999; Wilfley et al., 2000). وعليه فإن 70٪ من البنات أو النساء المريضات بالضور (البوليميا) قد عانين مرة في حياتهن على الأقل من اضطراب قلق. وهنا يتعلق الأمر بشكل غالب بتشخيصات الرهابات الاجتماعية والقلق المعمم واضطرابات القلق. كما توجد كذلك اضطرابات الشخصية الحدودية.

مشكلات العواقب الجسدية

يمكن أن تظهر مجموعة من الأعراض الجسدية. وعليه وعند التكرار الكبير للإقياء يقود احتكاك الأسنان مع الحموض الكيماوية من محتويات المعدة إلى ذوبان الأسنان. كما يزيد نقص التغذية العامة والخاصة لمريضات اضطرابات الأكل خطر حدوث أعراض أخرى: إذ يمكن للتعب المرتبط بنقص الحديد والصداع ونقص الكالسيوم أن يقود لتضرر وظائف الكليتين والانخفاض الواسع في نشاط وتوتر العضلات، يمكن أن يظهر على شكل ضعف عضلي والإمساك constipation ونقص التوتر واضطرابات إيقاعات القلب. بالإضافة إلى ذلك يمكن عند وجود نقص في الوزن دون الحد الأدنى وبسبب نقص نسبة الدهون في الجسم إلا يتم بناء الأستروجين بشكل كاف؛ وبهذا تصبح سهلة الكسر وتحدث هشاشة العظام Osteoporosis، مما يقود إلى انحناء العمود الفقري والمرتبط بآلام شديدة. كما يمكن أن تقود اضطرابات استقلاب واضطرابات الانحلال الكهربائي وقصور في القلب إلى السكتة القلبية. وعليه فإن نسبة الموت في الضور والقهام مرتفعة بوضوح مقارنة بالسكان عموماً (Herzog et al.,2000; Keel et al.,1999). أما أسباب الموت فهي المضاعفات الناجمة عن النقص المستمر بالغذاء أو الانتحار. ويبدو أن طول فترة المرض والتعلق المختلط بالمواد والاضطرابات الوجدانية المختلطة نرتبط مع النهاية المميتة.

3.2 الجائحة والمجرى

القهام (فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa)

يندر أن تظهر الصورة المرضية الكاملة للقهام بين السكان عموماً؛ وعليه هناك دلائل على أن الحدوث Incidence، أي نسبة الأمراض الحديثة تقع عند حوالي ثمانية أمراض جديدة كل سنة (مقاسة على 100000 من السكان) (Hoek & Hoeken, 2003) وفي مراجعات أخرى تشير إلى 19 حصول جديد كل سنة (Pawluck & Gorey, 1998). ويندر أن يمرض الصبيان والرجال بالقهام (مرضان جديدان في السنة قياساً لكل 100000)، وتبلغ أعلى نسبة حدوث لدى البنات أو الفتيات اليافعات الواقعات بين 15-19 سنة (أي 40٪ من كل الحالات المحددة).

ويبلغ الانتشار مدى الحياة (أي احتمال المرض في مجرى الحياة) بالنسبة لأي اضطراب من اضطرابات الأكل - مقاساً على عينة من السكان الألمانيين حوالي 0.8 حتى 3٪ (Jacobi, Wittchen, Hoelting, Hoefler, Pfister. Mueller & Lieb, 2004; Wittchen et al., 1998). وبالنسبة للقهام فإن نسبة الانتشار مدى الحياة تبلغ 1٪ بالنسبة للفتيات أو النساء في سن 14-24 سنة وبالنسبة للشبان اليافعين حوالي 0.1٪ (Wittchen et al.,1998).

الضور (البوليميا)

فيما يتعلق بالضور قدرت ثلاث دراسات حوالي 12 إصابة جديدة (مقاسة على 100000) كل سنة (Hoek & Hoeken, 2003). ويبلغ متوسط نسبة انتشار مدى الحياة بالنسبة للصورة الكاملة للضور حوالي 1٪ بالنسبة للنساء أو البنات وحوالي 0.1٪ للرجال أو اليافعين الصبيان (Garfinkel et al., 1995; Fairburn & Beglin, 1990; Hoek & Hoeken, 2003). وفي عينة ألمانية بلغت النسبة بالنسبة للضور (البوليميا) حوالي 1.7٪ للبنات أو النساء (Wittchen et al.,1998).

اضطراب "أكل الحفلات"

تشير النتائج حتى الآن إلى أن اضطراب "أكل الحفلات" هو أكثر اضطراب انتشاراً من بين اضطرابات الأكل؛ ففي دراسات جائحية لعموم السكان الراشدين بلغت نسبة الانتشار المكاني لاضطراب "أكل الحفلات" بين 1-3٪ (Striegel Moore & Franko, 2003). والنسبة بين الإناث والذكور المصابين باضطراب "أكل الحفلات" تبدو متساوية في العينات غير الإكلينيكية ولم تظهر حتى الآن أية فروق خاصة بالجنس لدى المعنيين فيما يتعلق بالسمات الباثوسيكولوجية للمرضى باضطراب "أكل الحفلات" (Tanofsky et al., 1997)

مجرى اضطرابات الأكل

تبدأ اضطرابات الأكل في العادة في سن اليفوع أو سن الرشد المبكر، ولا تبدأ قبل المراهقة إلا فيما ندر. فالقهام يبدأ في لمتوسط في سن السابعة عشرة (APA, 2000; Hindler et al., 1994)؛ والضور يظهر بعد عدة سنوات عموماً، حيث يبدأ في المتوسط في حوالي سن 22. أما اضطراب "أكل الحفلات" فيبدأ في سن المراهقة المتأخرة أو في سن الرشد المبكر (Schmidt, 2000).

وتشير نتائج من دراسات علاجية حول مجرى مريضات اضطرابات الأكل المعالجات بأن اضطرابات الأكل ذات مجرى مزمن بدرجة عالية، مع العلم أن أسوأ مجرى هو لدى مريضات القهام. كما يبدو أن السمات المتعلقة بالاضطراب بشكل خاص (كمقدار المبالغة بتقييم القوام والوزن الزائد في الطفولة) تتنبأ بالمجرى طويل الأمد لاضطرابات الأكل، في حين أن السمات المرضية غير الخاصة بالاضطراب فهي أقل قدرة على التنبؤ بمجرى الاضطراب (Fichter et al., 2003; Fairburn, 2003).

وفيما يتعلق بمجرى اضطرابات الأكل التي لا يتم علاجها فقد وجد فايربورن وآخرون (Fairburn et al., 2000) حول المجرى الطبيعي للضور (البوليميا) واضطراب

"أكل الحفلات" أن اضطراب "أكل الحفلات" يظهر عبر فترة زمنية تمتد لخمس سنوات مجرى أفضل من الضور (البوليميا). فقد ظهر ت نسبة عالية من التحسن في مجموعة باضطراب "أكل الحفلات"؛ فحوالي 18٪ فقط من مرضى اضطراب "أكل الحفلات" عانوا بعد خمس سنوات من اضطراب ما في الأكل. بالمقابل فقد أظهرت مجموعة الضور (البوليميا) في كل أوقات الفحص نسبة أعلى من المرض. وقد تشير هذه البيانات إلى أن اضطراب "أكل الحفلات" يبدي نسبة عالية من التحسن العفوي، إلا أن هذا لم يتم إثباته في دراسات أحدث. ففي دراسة ماكنايت الطولية التي امتدت لأربع سنوات ظهر بعد القياس الأول أن 38٪ من المعنيين مازالوا يعانون من اضطراب "أكل الحفلات" و55٪ قد طوروا شكلاً آخر من اضطرابات الأكل (داخل فئة اضطراب أكل غير مصنف في مكان آخر). وربما يمكن تفسير النتائج المختلفة بأن مجموعة فايربورن قد حصلت في دراستها على عينة لا تمثل اضطراب "أكل الحفلات" بشكل مناسب كما هو الحال في دراسة ماكنايت (أنظر حول هذا Wilfley et al., 2003).

4- التشخيص القائم على التعديل

4.1 المجالات التشخيصية المرتبطة باضطرابات الأكل

يهدف التشخيص القائم على التعديل لاضطرابات الأكل طبقاً للنماذج النشوئية السلوكية الاستعرافية حول اضطرابات الأكل (على سبيل المثال Fichter, 1985; Fairburn &Cooper 1992; Laessle, Wurmser & Pirke, 2000; Tuschen-Caffier et al., 2002) بشكل خاص إلى الظروف التي تعد عوامل استمرار لاضطرابات الأكل. وهذه الظروف هي الإدراكات المعطوبة dysfunctional Perceptions وتقييمات القوام والوزن (كالاتجاه السلبي نحو القوام والتقييمات الأحادية والتشويهات الاستعرافية والنزعة للنحافة على سبيل المثال)، وسلوك التغذية (كبنية الوجبات، وتوزيع المواد المغذية الكبيرة عند اختيار الأغذية وسلوك الطعام الملجوم على سبيل المثال) وعوامل الضغط النفسي

(كضغط الامتحانات وضغوطات الحياة اليومية والمشكلات البين شخصية على سبيل المثال) والعوامل الاستعرافية الوجدانية (كأنماط التفكير الخاصة أو النوعية من نحو "الحمية تأتي، يمكنني الآن أن أستمر بالالتهام" والمزاج السلبي كعوامل سابقة لنوبات الأكل) وعوامل الشخصية ما قبل المرض (كالكمالية وعدم التسامح تجاه الانفعالات الكثيفة أو التغيرات الوجدانية، ومشاعر القيمة الذاتية المنخفضة على سبيل المثال). وبناء على الدراسات الإمبيريقية المختلفة تنبثق دلائل على أن العوامل المذكورة قد تكون مهمة.

واستناداً للنتائج الراهنة والتطورات في بناء النموذج حول اضطرابات الأكل يتم باطراد الانطلاق من أنه يمكن إيجاد خصائص مشتركة حول اضطرابات الأكل المختلفة أكثر من الفروق فيما يتعلق بآليات نشوء واستمرار اضطرابات الأكل (Fairburn et al, 2003). وطبقاً لذلك يمكن للعوامل المحافظة على الاستمرارية المذكورة أن تكون على درجة من الأهمية في اضطرابات الأكل كلها، بأوزان مختلفة من الدرجات.

في الممارسة الإكلينيكية يتم تحديد العوامل المحافظة على الاستمرارية بشكل خاص من خلال الاستبيانات ودفاتر اليوميات والسبر التشخيصي والمقابلات المبنية (أنظر أدناه)، فمن خلالها يمكن الحصول على معلومات مهمة بالنسبة لتطور نموذج العوامل المفصل على الحالة الفردية (استناداً لتحليل المشكلة في نموذج SORĆC لكانفروساسلو، 1969 أو مبدأ تحليل المشكلة لبارتلنغ وآخرين 1999 على سبيل المثال).

وإلى جانب العوامل المحافظة على الاستمرارية يتم في نماذج النشوء السلوكي-الاستعرافي لاضطرابات الأكل تشخيص العوامل المثيرة للمرض والاستعدادات المسبقة. والعوامل المثيرة هي تلك العوامل التي أسهمت في ظهور اضطراب الأكل. فغالباً ما تقود ما تسمى بالأحداث الحياتية الحرجة أو الضغوط (كخبرات الانفصال أو المطالب الجديدة في المهنة أو الامتحانات على سبيل المثال) إلى الظهور الأول

لاضطرابات الطعام. فإذا استمرت العوامل فيمكنها أن تسهم بالنتيجة في اضطرابات الطعام (أنظر أيضاً العوامل المحافظة على الاستمرارية).

ويقصد بعوامل الاستعدادات المسبقة بشكل خاص الخبرات التاريخ الحياتية البعيدة التي قد تكون على درجة من الأهمية لنشوء اضطرابات الطعام؛ وهي عبارة عن خبرات التنشئة الاجتماعية على سبيل المثال، وبشكل خاص فيما يتعلق بخبرات التعلم المرتبطة بوعي القوام وسلوك الأكل، التي يمر بها الإنسان في السياق الأسري والمؤسسات الاجتماعية الأخرى. وعليه فقد تم استخلاص دلائل على أن السلوك المتعلق بالأكل للأشخاص المرجعيين المهمين، وعلى الأغلب الأم واتجاهاتها نحو القوام والوزن، تحتل أهمية خاصة في نشوء اضطرابات الأكل (Pike & Rodin, 1991; Franzen& Florin, 1995). وهنا يتم على أساس نتائج أحدث الانطلاق من أن إشكالية اضطراب الأكل ربما قد تشكلت في تفاعل متبادل بين أسلوب الأسرة في الأكل والسمات الأخرى للسلوك الوالدي من نحو فرط الحماية (Tata, Fox & Cooper, 2001) والمشاعر المفرطة بالخجل (Murray, Waller & Legg, 2000) أو خبرة الاستقلالية الذاتية الضيقة (Ogden& Steward, 2000). كما تم في الدراسات التتبعية القليلة حول نشوء نوبات الأكل لدى البنات عبر فترة سنتين تحديد عدد من عوامل الخطر؛ والتي كانت من ضمن عوامل أخرى عدم الرضا عن القوام والحمية ووجود أشخاص يعانون من اضطرابات أكل والاكتئابية وضغط النحافة والأكل الانفعالي وارتفاع مقياس كتلة الجسد وانخفاض مشاعر القيمة الذاتية ونقص الدعم الاجتماعي (Stice et al., 2002) . وفي دراسة تتبعية أخرى ظهر أن خطر اضطراب الأكل لدى البنات المراهقات اللواتي أجرين حمية وأظهرن شذوذات نفسية كان مرتفعاً أكثر بكثير من مما هو لدى البنات اللواتي أظهرن إحدى هاتين السمتين فقط (Patton et al., 1990) وفي دراسة أخرى ظهر أن 4٪ (أي 36 من أصل 825 طالبة) من البنات بعمر 15 تقريباً قد طورن خلال فترة زمنية بلغت أربع سنوات أعراض اضطرابات الأكل إذ حصلن في بداية الدراسة على

درجات عالية على مقياس لقياس القلق حول القوام والوزن (Killen et al.1994; Killen et al., 1996).

ويمكن الاستنتاج بالنسبة للتشخيص القائم على التعديل أن الاتجاهات نحو القوام أو النزوع للنحافة تعد عوامل خطر مهمة مبرهنة مراراً إمبيريقياً، التي ينبغي أن يتم قياسها مراراً في العلاج النفسي، من أجل التمكن من تقدير نجاح العلاج أو خطر الانتكاس. بالإضافة إلى ذلك لابد – على سبيل المثال طبقاً لنتائج ستايك وآخرين Stice et al., 2002 – من قياس سلوك الأكل أو التغذية (أنظر أعلاه) وسلوك الطعام في المواقف الانفعالية (الضاغطة على سبيل المثال) (الأكل الانفعالي) والشذوذات النفسية (كالاكتئابية ومشاعر القيمة الذاتية المنخفضة) وعوامل الخطر والحماية للمحيط الاجتماعي (لدى الأطفال واليافعين على سبيل المثال: قياس سلوك الأكل لدى أشخاص الإطار المرجعي المهمين في الأسرة؛ مقدار الدعم الاجتماعي. ومن البديهي أنه لابد أيضاً من قياس الوزن الحالي أو مقياس كتلة الجسد من أجل التمكن من تحديد الزيادة المرغوبة في الوزن (في القهام) أو الإنقاص المرغوب في الوزن (لدى بعض مريضات اضطراب "أكل الحفلات") والحفاظ على الوزن الأولي (لدى مريضات اضطراب "أكل الحفلات" أو الضور) في مجرى العلاج.

كما ظهر أن الصدمات الجنسية ترفع من خطر تطور الاضطرابات النفسية (Fairburn et al., 1998, 1999; Welch & Fairburn, 1996; Palmer & Oppenheimer, 1992) وحتى عندما لا تكون للصدمة الجنسية فيما بعد عامل خطر نوعي لاضطرابات الأكل فإنه ينصح في التشخيص (في إطار تاريخ المرض أو في إطار المقابلات الإكلينيكية المبنية، من نحو SCID السؤال عن الصدمات الجنسية. ويمكن لهذا أن يكون مفيداً بالنسبة لتصميم وتسلسل التدخلات العلاجية (على سبيل المثال في إطار علاج صورة الجسد).

4.2 استنتاجات للتشخيص الفردي

على خلفية النتائج المذكورة أعلاه فإن المجالات المذكورة في جدول (4) مهمة بشكل خاص بالنسبة للتشخيص القائم على التعديل لاضطرابات الأكل.

جدول (4): عرض تمثيلي للعوامل المهمة الممكنة لنشوء واستمرارية اضطرابات الأكل

العوامل الاستعدادية السابقة	**عوامل خارجية، على سبيل المثال:** • سلوك الأكل/ الاتجاهات نحو القوام وداخل الأسرة/ مجموعة الأقران • الاستغلال الجنسي وصدمات أخرى • اضطرابات نفسية داخل الأسرة • عوامل خاصة بالشخص، على سبيل المثال • النزوع نحو النحافة • عدم الرضا عن القوام • مشكلات نفسية (كالاكتئاب، ومشكلات القيمة الذاتية) • زيادة الوزن **عوامل بيولوجية، على سبيل المثال:** • استعداد جينية مسبقة للوزن الزائد
العوامل المثيرة	**عوامل خارجية، على سبيل المثال:** • أحداث حياتية حرجة (كالانفصال على سبيل المثال) • الدعم الاجتماعي الناقص **عوامل خاصة بالشخص، على سبيل المثال** • الحمية/ أسلوب أكل "ملجوم" • استعداد فيزيونفسي للاستجابة على الأحداث المرهقة (الاستجابة للسخرية من القوام/ الوزن)

	• الأكل/ عدم الأكل "كَحالّ للمشكلة" **عوامل بيولوجية، على سبيل المثال:** • "التوق الشديد Craving" في سياق نقص التغذية أو التغذية الخطأ.
العوامل المحافظة على الاستمرارية	**عوامل خارجية، على سبيل المثال:** • عوامل ضغط (كقلق الامتحان على سبيل المثال) • نقص الدعم الاجتماعي/ العزلة الاجتماعية **عوامل خاصة بالشخص، على سبيل المثال** • سلوك الأكل (كالحمية، أسلوب أكل "ملجوم" ، بينة الوجبات) • الأكل "كحالّ للمشكلة" (كالأكل الانفعالي أو الأكل كإستراتيجية لتنظيم الانفعالات) • النزوع نحو النحافة/ عدم الرضا عن القوام • شذوذات نفسية (كالاكتئابية، مشكلات القيمة الذاتية، مشكلات في بناء العلاقات) **عوامل بيولوجية، على سبيل المثال:** • انخفاض الحد الأساسي/ الحاجة للطاقة • اضطراب النواقل العصبية (اضطراب تنظيم الأكل-الشبع) • اضطرابات انحلال كهربائي • "التوق الشديد Craving"

وعند التحليل الفردي للمشكلة لدى المريضات باضطرابات أكل لابد من توضيح ما هي العوامل المختلفة في تاريخ الحياة أسهمت في نشوء واستمرارية اضطرابات الأكل. ومن المؤكد أنه لا ينبغي أن يتم الافتراض أن العوامل كلها على الدرجة نفسها من الأهمية في الحالة الفردية. كما يمكن للعوامل التي أسهمت في الماضي في نشوء اضطراب الأكل (كضغط الامتحان أو خبرات الانفصال على سبيل المثال) قد

تم تجاوزها منذ مدة ولم تعد مهمة لاستمرارية الاضطراب، إلا أنه ينبغي استقصاء مثل هذه العوامل استناداً إلى تطوير نموذج تفسير معقول بالنسبة للمريضات (وكذلك للمعالجين) حول نشوء اضطراب الأكل أو بناؤه في الجلسات مع المريضات (بمعنى النظرة الاسترجاعية لتاريخ الحياة). وبالنسبة لغالبية المرضى الباحثين عن المساعدة فإن فهم لماذا أصبح المرء هكذا أو كيف هو أو لماذا (ربما) تطور لديه اضطراب محدد تعد حاجة مهمة ومفهومة (Tuschen-Caffier& Florin, 2002)

ولكن لا تنبع أهمية قياس أو تحديد ظروف النشوء التاريخ حياتية من هذا السبب لوحده وإنما من الممكن أن تكون قد حلت عوامل ضغط أخرى (كمواقف المطالب في العمل) محل عوامل تاريخ حياتية كهمة (كضغط الامتحان على سبيل المثال)، وأن الآليات النفسية لتمثل الضغوطات (من نوع مهارات مواجهة الضغط والاستجابية الانفعالية العالية على المطالب على سبيل المثال) مازالت على درجة من الأهمية للحفاظ على الاضطراب، ومن ثم لابد من أخذها بعين الاعتبار في التخطيط للعلاج وتنفيذه. كما أن العوامل الأخرى (كالنزوع نحو النحافة والحمية) مهمة سواء لنشوء أم لاستمرارية اضطرابات الأكل.

5- الأدوات التشخيصية وطرق الحصول على المعلومات

فيما يتعلق بالتشخيص النفسي لاضطرابات الأكل يوجد عدد كبير من الأدوات كدفاتر اليوميات لقياس أسلوب الأكل وتحديد المزاج والأفكار، ودفاتر يوميات نوبات الأكل واستبيانات لقياس الاتجاهات المعطوبة نحو القوام والوزن بالإضافة إلى طرق لقياس التشوهات في إدراك حجم الجسم وأدوات لتشخيص الأعراض النفسية الباثولوجية المرافقة لاضطرابات الأكل والمقابلات. وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بعرض بعض النماذج كأمثلة يمكن من خلالها قياس المظاهر المهمة إكلينيكياً لاضطرابات الأكل (لمعلومات أعمق أنظر Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005).

5.1 أدوات المقابلة التشخيصية

يوجد في الوقت الراهن في المحيط الناطق بالألمانية مرشدات للمقابلة للتحديد التشخيصي لاضطرابات الأكل (فحص اضطرابات الأكل Eating Disorder Examination)[1] و(المقابلة المبنية لاضطرابات الأكل القهامية والبوليمية Structured Interview for anorectic and bulimic Eating Disorders)[2]. وقد تم تطوير فحص اضطرابات الأكل (اختصار DED) من كوبر وفايربورن وعدل مراراً. ويتم قياس أعراض اضطرابات الأكل من خلال أربعة مقاييس: سلوك الأكل الملجوم (مقياس التقييد restraint Scale؛ كأكل الحمية وتجنب الأكل على سبيل المثال)، ومقياس القلق المتعلق بالأكل Eating Concern Scale، كالأكل بالسر ومشاعر الذنب بسبب الأكل على سبيل المثال)، ومقياس القلق المتعلق بالوزن Wight Concern Scale؛ كالرغبة في تخفيض الوزن وعدم الرضا عن الوزن) ومقياس القلق المتعلق بالقوام Shape Concern Scale؛ كأهمية القوام وعدم الرضا عن القوام على سبيل المثال. وتتيح المقابلة طرح تشخيص اضطرابات الأكل طبقاً لمحكات الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 ويقيس من خلال أربعة مقاييس المظاهر المركزية لباثولوجيا اضطرابات الأكل، التي تقدم بمعنى التشخيص القائم على التعديل معلومات مهمة للتخطيط للعلاج ودلالات على نجاح المعالجة أو على وجود عوامل خطر أخرى لاضطرابات الطعام.

وقد تم اختبار محكات الصلاحية للطبعة الألمانية من خلال على مجموعة من المرضى باضطرابات أكل مختلفة وعلى أشخاص من دون تشخيص لاضطراب نفسي وتتراوح الموثوقية بين المقبولة والجيدة (Hilbert, Tuschen-Caffier& Ohms, 2004). كما

---

(1) Cooper & Fairburn, 1987; Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004

(2) Fichter&Quadflieg, 1999

تتوافق قيم محكات الصلاحية مع النسخة الإنجليزية. ويستغرق إجراء المقابلة حوالي 45 حتى 60 دقيقة بعد التدريب المناسب.

وكبديل لمقابلة "فحص اضطرابات الأكل EDE" يمكن استخدام المقابلة المبنية لاضطرابات الأكل القهامي والبوليمي . والمقابلة عبارة عن مقابلة خبراء مبنية لتحديد طيف واسع من باثولوجيا اضطرابات الأكل. وتشمل المقابلة 87 سؤالاً، منها 65 سؤال للمقاييس الفرعية "تصويرة الجسد Body Schema" و"مثال النحافة" و"والسيكوباثولوجيا العامة" و"الجنسية" و"الاندماج الاجتماعي" والأعراض الضورية (البوليميا)" و"الإجراءات المضادة" و"نوبات الطعام غير النمطية". وفي كل سؤال يتم تحديد الدرجة الراهنة للأعراض سواء بالنسبة للأشهر الثلاثة الأخيرة أم بالنسبة لمدى الحياة (أي خارج الأشهر الثلاثة الأخيرة). وقد تم اختبار الصلاحية السيكومترية بالنسبة للمقابلة في مستوصف سيكوسوماتي متخصص وعلى عينة سكانية من النساء من دون تشخيص اضطراب أكل (Fichter & Quadflieg, 1999, 2001b)، ووفقاً لذلك تتيح المقابلة بعد التدريب الملائم في التنفيذ التمييز بشكل موثوق بين درجات الأعراض الملفتة للنظر إكلينيكياً وغير الملفتة للنظر إكلينيكياً. كما تم برهان الصدق التلازمي والتباعدي بشكل جيد. وهناك دلائل على حساسية المقابلة للتعديل أظهرتها التغيرات الدالة في الأعراض بعد علاج نفسي مركزي وتخفيض الوزن. ويستغرق إجراء المقابلة بين 30 حتى 60 دقيقة بعد التدريب الملائم.

5.2 الاستبيانات

أدوات الفرز التشخيصية

توجد للمقابلتين الموصوفتين في الفقرة السابقة استبيانات يمكن استخدامها كأدوات فرز (في إطار مشاريع البحث على سبيل المثال). وعليه تقيس النسخة الاستبيانية من فحص اضطرابات الأكل Eating Disorder Examination والتي تطلق عليها تسمية

استخبار اضطرابات الأكل Eating Disorder Questionnaire ما تقيسه المقابلة، حيث تتضمن أربعة مقاييس: مقياس التقييد restraint Scale ومقياس القلق المتعلق بالأكل Eating Concern Scale، ومقياس القلق المتعلق بالوزن Wight Concern Scale ومقياس القلق المتعلق بالقوام Shape Concern Scale.. كما يتم قياس السمات الأساسية المهمة كالأنواع المختلفة من نوبات الأكل أو فرط الأكل والإقياء المقصود وسوء استخدام المسهلات أو الملينات. وتتمتع المقابلة بمحكات صلاحية جيدة كما ظهر في إحدى أولى الدراسات الاستكشافية (Hilbert et al. تحت الطبع).

كما يوجد بالنسبة لمقابلة الخبراء استبيان تقدير ذاتي للمقابلة المبنية لاضطرابات الأكل القهامي والبوليمي والذي يتم استخدامه كمقياس فرز. ويتفق مضمون الاستبيان مع مضمون المقابلة. ومحكات الصلاحية مقبولة.

عدم الرضا عن الجسد

إذا كان الهدف لدى مرضى اضطرابات الأكل قياس عدم الرضا عن القوام سواء بمعنى تشخيص الحالة أم تشخيص التعديل فإن مقياس وعي القوام Shape consciousness Questionnaire (Cooper et al., 11987) أداة مناسبة لذلك. ويهدف الاستخبار إلى قياس الرضا عن الجسد بالمعنى الواسع، بأن يراعي أيضاً وجهات نظر من نحو الانشغال المرهق بالوزن والقوام والحرج في العلن بسبب الجسد أو الإحساس الواضح بالسمنة بعد تناول الطعام. وقد تم تقويم المقياس في هذه الأثناء بشكل تفصيلي ويشير إلى قيم سيكومترية جيدة جداً.

الأسلوب المكبوح في الأكل وقابلية سلوك الأكل للتشويش

لقياس أسلوب الأكل المكبوح أو المقيد بمعنى التحكم الاستعرافي الواضح بتناول الأطعمة ينصح باستخدام مقياس سلوك الأكل الهولندي Dutch Eating Behavior Questionnaire اختصار DEBQ (van Strien, Frijters, Bergers&Defares, 1986)؛

النسخة الألمانية (Grunert,1989). ويتمتع المقياس بحساسية جيدة للتعديل ومن هنا فهو ملائم بشكل جيد من زاوية التشخيص القائم على التعديل لقياس التغيرات في التحكم الاستعرافي بسلوك الطعام. وإلى جانب مقياس سلوك الأكل المقيد يشمل المقياس مقاييس سلوك الأكل المحدد من الخارج وسلوك الأكل المستثار بالمشاعر. وتشير دراسات التقويم التي أجريت حتى الآن للنسخة الألمانية بأن المحكات تتراوح بين الجيدة والجيدة جداً (Pook & Tuschen-Caffier؛ تحت الطبع)

كما يمكن قياس سلوك الأكل المكبوح من خلال استخبار العوامل الثلاثة للأكل Three Factor Eating Questionnaire اختصار TFEQ (Stunkard & Messik, 1985) أو من خلال مقياس التحكم الاستعرافي لمقياس سلوك الأكل Cognitive Control of Eating Behavior Questionnaire (Pudel & Westenhoefer, 1989) وهو النسخة الألمانية من TFEQ، إلا أن هذا المقياس أقل حساسية بشكل واضح من المقاييس المطابقة في DEBQ (سلوك الأكل المقيد). فإذا كان الهدف هو قياس التعديل بمعنى التشخيص القائم على التعديل فلابد عندئذ من استخدام DEBQ.

كما يمكن من خلال مقياس سلوك الأكل وصف قابلية سلوك الأكل للتشويش. فبنود هذا المقياس تقوم هنا على "مصادر الإزعاج أو التشويش" كالعوامل الموقفية والانفعالية. أما المقياس الثالث للاستبيان فيقوم على مشاعر الجوع المعاشة، الدافع الأساسي لتناول الطعام. وقد تم متابعة تطوير كل من TFEQ ومقياس سلوك الأكل EBQ بالتوازي (Westenhoefer, 1992) وكان جوهر التطوير إدخال بنود أخرى لتقسيم مقياس التحكم الاستعرافي إلى مظاهر التحكم الجامد والتحكم المرن. وهناك عدد من الدلائل على صدق هذا التفريق في المجال شبه الإكلينيكي. إلا أنه مازال من غير الواضح كثيراً إلى أي مدى هذا التفريق مفيد في الحالات الإكلينيكية بالفعل.

سلوك الأكل الضوري (البوليمي)

إذا كان الهدف هو التحديد التشخيصي للتعديلات فيما يتعلق بأنماط السلوك الضوري (البوليمي) – بعد تدخل علاجي على سبيل المثال– فإنه ينصح باستخدام مقياس الضور (البوليميا) من قائمة اضطرابات الأكل Eating Disorder Inventory اختصار EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) الترجمة الألمانية (Paul & Thiel, 2005).

ويقيس مقياس الضور (البوليميا) أعراض من نحو نوبات الأكل والإقياء والأكل المخفي. بالإضافة إلى ذلك تشمل الأداة مقياسين آخرين تقوم كذلك على الأعراض الأساسية لاضطرابات الأكل، أي قياس النزوع نحو النحافة وعدم الرضا عن الجسم. وغالباً ما يتم استخدام المقاييس الثلاثة المذكورة كصيغة مختصرة من قائمة اضطرابات الأكل. أما النسخة الأصلية من القائمة فتشمل على ثمانية مقاييس (Garner et al.,1983) أو في النسخة المعدلة أحد عشر مقياساً (EDO-2). وغالبية مقاييس القائمة لا تستند إلى الأعراض الأساسية لاضطرابات الطعام في الغالب (كمقاييس الشك والخوف من النضج وضعف الثقة الاجتماعي على سبيل المثال) وبالمقابل فإنها تقيس مظاهر قد تسهم في استمرارية اضطراب الأكل. ويشير معدو الصيغة الألمانية إلى أن (EDO-2) مفيد كأداة فرز لتحديد المرضى المحتملين باضطراب أكل ولكن ليس لتشخيص المرضى باضطرابات أكل (Paul & Thiel, 2005) كما أن القائمة لا تدعي قياس الشذوذ النفسي المختلط (كالرهابات الاجتماعية والاكتئابية).

5.3 دفاتر اليوميات

إلى جانب المداخل التشخيصية المذكورة أعلاه توفر لنا دفاتر اليوميات إمكانية الحصول على معلومات ملموسة قدر الإمكان حول المزاج والأفكار والأحداث التي قد تسبق إشكالية الأكل أو ترافقها (Alpers & Tuschen-Caffier, 2001). ومن أجل التحديد الدقيق قدر الإمكان للاستعرافات والأمزجة المحتمل أنها تعمل على تنظيم

جدول (5): مثال لبروتوكول نوبة أكل لمريضة بالضور (البوليميا) (مقتبس عن دفتر يوميات ماربورغ لنوبة الأكل (Tuschen-Caffier& Florien ,2002)

نوبة الأكل: 1 وقت البدء: 18,30	
المزاج قبل نوبة الأكل	جيد ـــــ سيء كنت عقلي ضائعاً، ومنهكة، وهابطة 0 1 2 3 4 5 ×6 7
الأفكار قبل نوبة الأكل؟ ما هي؟	لا أعرف كيف سأهدأ. أحتاج شيئاً لآكله بأي شكل.
هل كان هناك حدثاً مثيراً؟ ما هو؟ متى؟	لا شيء محدد، عبر النهار كان هناك كم كبير من الضغوط في العمل (لم تعمل الطابعة، لم يكن مديري راضياً عن تقريري، زميلتي كانت مريضة وكان علي إنجاز عملها...)
أفكار أثناء نوبة الأكل؟ ما هي؟	لا أعرف. كانت هنا نشوة، لم أفكر بشيء محدد.
إنهاء نوبة الأكل؛ خلال ماذا؟ متى؟	كان بطني ممتلئاً ولم يعد يتسع لشيء. كما أن الثلاجة كانت في كل الأحوال قد فرغت ولم يعد هناك أي شيء لآكله.
المزاج بعد نوبة الأكل	جيد ـــــ سيئ لم يعد عقلي ضائعاً وعصبية. خائفة من السمنة 0 1 2 3 4 ×5 6 7
الأفكار بعد نوبة الأكل؟ ما هي	كنت أريد التوقف عن هذا الافتراس. لن أنجح أبداً. الآن أخرجي كل هذا بسرعة وإلا ستصبحين سمينة
نوع الإجراءات المضادة	وضعت أصبعي في فمي وتقيأت كل شيء
المزاج بعد الإجراء المضاد	جيد ـــــ سيء ارتياح، ولكني تعبة وحزينة أيضاً 0 1 2 3 4 5 ×6 7
الأفكار بعد الإجراء المضاد؟ ما هي؟	هل سأنجح يوماً ما، في التوقف عن الافتراس؟

السلوك يطلب من المرضى أن يقدموا معلومات بعد نوبة الأكل مباشرة قدر الإمكان (Tuschen-Caffier& Florien ,2002) . وكما يظهر المثال التالي فإن دفاتر اليوميات تقدم معلومات قيمة يمكن استخدامها لتحليل المشكلة والتخطيط للعلاج والمجرى اللاحق للعلاج. بالإضافة إلى ذلك فقد ثبت أنه من المفيد جعل مريضات اضطرابات الأكل يسجلن بروتوكول أكل في أثناء العلاج ككل (أو على الأقل في فترات زمنية معينة) يتم من خلاله وصف في مجرى العلاج بنية الوجبات (عددها كل يوم، الفترة الزمنية بين الوجبة والأخرى على سبيل المثال) وتشكيلة الطعام فيما يتعلق بالمواد الغذائية الكبرى (النشويات والدهون والبروتين) ومظاهر أخرى لإمراضية اضطرابات الأكل (كنوبات الأكل الذاتية مقابل الموضوعية، تكرار نوبات الأكل على سبيل المثال).

ويقدم جدول (6) عرضاً تلخيصياً للأدوات المستخدمة. وللحصول على معلومات أكثر تفصيلاً والقيم المرجعية بالنسبة لتفسير البيانات المستندة على الحالة الفردية قارن (Tuschen-Caffier, 2005).

جدول (6): عرض لبعض الأدوات التشخيصية

تسمية الأداة والمؤلفين	الأهداف ووصف مختصر للأداة
المقابلات المبنية: فحص اضطرابات الأكل Eating Disorder Examination(Fairburn & Cooper, 1993; German: Hilbert, Tuschen-Caffier& Ohms, 2004; Hilbert, Tuschen-Caffier,2006)	الهدف: تشخيص اضطرابات الأكل مرشد مقابلة لتشخيص اضطرابات الأكل من خلال 22 سؤال، موزعة على أربعة مقاييس: الأكل الملجوم restraint Scale قلق الأكل قلق الوزن القلق حول القوام (الشكل)

تسمية الأداة والمؤلفين	الأهداف ووصف مختصر للأداة
المقابلة المبنية لاضطرابات الأكل القهامية والبوليمية Structured Interview for anorectic and bulimic Eating Disorders(Fichter&Quadflieg, 1999,2001)	مقابلة خبراء (87 سؤال) لقياس الإمراضية النفسية لاضطرابات الأكل بما في ذلك بعض المشكلات المرتبطة كالمخاوف والاكتئابات...الخ).
الاستبيانات	
أدوات الفرز التشخيصية (استبيانات): استخبار اضطرابات الأكل Eating Disorder Questionnaire(Fairburn تحت Hilbert et al.)&Beglin, 1994) الطبع German).	الهدف: تحديد الأعراض الأساسية لاضطرابات الأكل، على سبيل المثال بالنسبة للشك أو للتشخيصات البحثية. استبيان لقياس اضطرابات الأكل من خلال 22 سؤال، موزعة على أربعة مقاييس (طبقاً لمقابلة فحص اضطرابات الأكل: 1- الأكل الملجوم restraint Scale 2- قلق الأكل 3- قلق الوزن 4- القلق حول القوام (الشكل)
استبيان تقدير ذاتي للمقابلة المبنية لاضطرابات الأكل القهامي والبوليمي StructuriertesInventarfueranorektische und bulimischeEssstoerungen(SIAB-S; Fichter&Quadflieg, 1999,2001)	استبيان (87 سؤال؛ طبقاً لمقابلة الخبراء SIAB-EX) لقياس سيكوباثولوجيا اضطرابات الأكل والمشكلات المرتبطة بها (كالمخاوف على سبيل المثال).
قائمة اضطرابات الأكل Eating Disorder Inventory. اختصارEDI (Garner, Olmsted &Polivy, 1983) الترجمة الألمانية (Paul & Thiel, 2005).	الهدف: قياس الأعراض التي غالباً ما ترتبط مع اضطرابات الأكل. يتألف ألـ EDI من 64 بند وثمان مقاييس، وEDI-2 من 91 بند و11 مقياس.

تسمية الأداة والمؤلفين	الأهداف ووصف مختصر للأداة
	ثلاثة مقاييس تقيس الأعراض الأساسية من اضطرابات الأكل: 1- النزعة نحو النحافة 2- عدم الرضا عن الجسم 3- الضور (البوليميا) وتقيس المقاييس الأخرى مظاهر من نحو الخوف من النضج، والشك البين إنساني.
مقياس وعي القوام Shape consciousness Questionnaire (Cooper et al., 11987; German: Waadt et al.,1992)	الهدف: قياس عدم الرضا عن القوام يتألف من 34 بند، بمقياس واحد؛ يقيس الاستعرافات السلبية والمشاعر في التعامل مع القوام (الشكل Figure).
مقياس سلوك الأكل الهولندي Dutch Eating Behavior Questionnaire اختصارDEBQ (van Strien, Frijters, Bergers&Defares, 1986 النسخة الألمانية (Grunert,1989)	الهدف: قياس ثلاث مجالات متعلقة باستمرارية اضطرابات الأكل: 1- سلوك الأكل المحدد من الخارج 2- سلوك الأكل المكبوح (restrained eating) 3- سلوك الأكل المستثار بالمشاعر يتألف من 30 بند؛ وثلاثة مقاييس)
استخبار العوامل الثلاثة للأكل Three Factor Eating Questionnaire اختصارTFEQ (Stunkard&Messik, 1985; German: Pudel&Westenhoefer, 1989)	الهدف: قياس ثلاثة مجالات مهمة في الحفاظ على استمرارية اضطرابات الأكل: 1- سلوك الأكل المكبوح (restrained eating) 2- قابلية سلوك الأكل للتشويش 3- مشاعر الجوع المعاشة (60 بند؛ ثلاث مقاييس)

تسمية الأداة والمؤلفين	الأهداف ووصف مختصر للأداة
دفاتر اليوميات	
مثال: دفتر يوميات ماربورغ لنوبة الأكل (Tuschen-Caffier& Florien ,2002) مثال: دفتر يوميات ماربورغ للتغذية (Tuschen-Caffier& Florien ,2002)	الهدف: قياس الأحداث والأفكار والأمزجة قبل وأثناء وبعد نوبة الأكل. قياس بينة الوجبات وتشكيلة الطعام استناداً للمواد الأساسية، تقدير كمية الطاقة المتناولة بالنسبة لاستهلاك الطاقة.

6- بناء العلاقة في الموقف التشخيصي

غالباً ما تمتلك مريضات اضطرابات الأكل دافعية متناقضة للعلاج أو أنهن يأتين للمشخص أو المعالج بسبب نصيحة من الآخرين (طبيب الأسرة، المعلم، أفراد الأسرة) دون أن يكون لديهن أنفسهن استبصاراً في ضرورة العلاج (وبشكل خاص مريضات القهام). ومن هنا فإنه قبل إجراء التشخيص المبني من خلال المقابلة أو الاستبيانات أو دفاتر اليوميات لابد للمشخص أو المعالج أن يبني بمراعاة المهارات الأساسية لسلوك الجلسة النفساني الإكلينيكي التعاطفي (كالإصغاء وإبداء التفهم وإعادة الصياغة) علاقة معالج- متعالج مثمرة، تضمن أن تتمكن المريضة من الانفتاح على الأسئلة التشخيصية . وعادة ما تكفي لهذا جلسة واحدة تفصيلية. غير أنه لدى بعض المريضات، كمريضات القهام (فقدان الشهية العصبي على سبيل المثال) لابد بداية من إجراء عدة جلسات تركز على تنمية الدافعية للعلاج.

7- مثال حالة

الأعراض التي ذكرتها المريضة"

لجأت ابتسام طالبة الطب البالغة من العمر 23 سنة لمركز العلاج النفسي لأنها

تعاني منذ ست سنوات من نوبات أكل تترافق بمشاعر ذنب شديدة وقلق مرعب من زيادة وزنها يعقبه إقياء مقصود. إنها تعاقب نفسها بانتظام على "هذه النوبات من الالتهام" بأن تستحم بماء بارد أو تصفع نفسها. ومن الخوف من أن تسمن تصوم عبر النهار وتمارس الكثير من الرياضة (تجري بين الساعة والساعتين في اليوم أو تقود الدراجة) ولا تأكل إلا وجبة واحدة مساء، لا تشبع منها بشكل صحيح. وغالباً ما لا تتمكن من التوقف عن الأكل إلى أن "تحشو" نفسها بكافة أنواع المأكولات.

لم تعد تزن نفسها منذ مدة طويلة وتحتقر جسدها. كما تشعر بمشكلات جسدية تربطها باضطراب الأكل لديها، فهي تلاحظ كيف "يتهدم" جسدها، فقد عانت منذ مدة من "انهيار" وهي تستحم، ومزاجها "لزج" الأمر الذي يعني بأنها حساسة جداً وسريعة الاستثارة. ناهيك عن أنها انعزلت عن أصدقائها وزملائها.

تاريخ حياة المريضة وتاريخ المرض

ترعرعت المريضة في مدينة صغيرة في بيت والديها وكانت الابنة الثانية في الأسرة. عملت أمها إلى حين ولادة ابنتها الأولى كممرضة طبيب أسنان؛ فبعد أن أصبحت أماً استقالت. كان الأب معلماً في مدرسة ثانوية. وكانت الحياة الزوجية مليئة بالخلافات. فقد تكررت خيانات الأب الزوجية مما جعل الأم تعاني كثيراً من هذا. وعندما أصبحت المريضة في عمر السابعة انفصل الوالدان لمدة سنة إلا أنهما عادا بعد ذلك. كانت الأم مهمومة باستمرار من أنها ربما لم تعد جذابة كفاية بالنسبة لزوجها وأن هذا ربما يكون السبب لتكرار خيانة زوجها لها. لهذا فقد جربت باستمرار حميات تنحيف. وكانت الأخت البالغة من العمر سنتين نحيفة جداً، في حين كان وزن ابتسام زائداً. وبسبب وزنها الزائد فقد كانت ابتسام محط سخرية من والديها وزملائها في المدرسة.

في عمر السابعة عشر جرى استئصال اللوزتين بسبب الالتهابات المستمرة فيها. وفي سياق العملية لم تتمكن لأيام من تناول الطعام بشكل كاف، ومن هنا فقدت عدة كيلوغرامات من وزنها. وبما أنها قلما كان لديها شهية فقد شعرت فجأة أن الصيام سهل

ومن ثم ظلت مستمرة في الحد من كمية الطعام ونزل وزنها 18 كيلوغرام خلال أشهر قليلة. وأخيراً حققت بوزن 58 كيلو الوزن الذي يعجبها. وأخيراً لم يعد من الصعب عليها شراء البناطيل والفساتين، التي بدت فيهم بمظهر جيد وشعرت بهم بالراحة. ولكنها عندما كانت تحضر للشهادة الثانوية وهو ما ترافق مع كثير من الضغوط فإنه قد ظهرت لديها ثانية مشاعر جوع شديدة قادت إلى أول نوبة أكل.

وفي المجرى اللاحق تأرجح مقدار اضطراب الأكل لديها بشدة. ففي وقت من الأوقات نجحت بالتناول المنتظم والمتزن للطعام، وفي أوقات أخرى كانت تقوم بحمية شديدة، وفي أوقات تكون مستسلمة كلية للأكل دون تحكم.

وعندما أصبح عمرها 20 سنة تعرفت على خطيبها السابق، ووقف إلى جانبها عندما كانت تسوء حالتها. ومن خلال هذا لم تعد بحاجة لنوبات الطعام من أجل "إلهاء" نفسها.

إلا أنه وقبل نصف سنة انتهت علاقتها به. ومنذ ذلك الوقت عاد سلوك أكلها ليزداد سوءاً. يضاف إلى ذلك وجود ضغوطات مختلفة في الدراسة (رسبت في امتحان على سبيل المثال). وفي هذه الأثناء بلغ اضطراب الأكل لديها القمة، لم تعد قادرة لوحدها على التحكم به. كما أنها غالباً ما تشعر بالحزن ولا تنام جيداً ولم تعد لديها طاقة كفاية لمواجهة اضطراب الأكل، وتخشى أن تستمر حياتها هكذا ولا تجد مخرجاً من بلوتها.

التشخيص والنتائج التشخيصية

تحقق المريضة محكات تشخيص الدي.أس.أم.DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 للاضطراب الضور (البوليميا) مقاساً من خلال فحص اضطرابات الأكل Eating Disorder Examination. وحصلت في مقياس وعي القوام على درجة 136 وهي تشير إلى عدم رضا واضح عن الشكل (قيم المقارنة لمجموعة مريضات الضور

م= 129,3، ع= 29,6؛ مجموعة المقارنة نساء من دون اضطراب نفسي م=58,8؛ ع=21,7. كما أنها حصلت على درجات في مقياس سلوك الأكل الهولندي Dutch Eating Behavior Questionnaire على درجات مرتفعة بوضوح في سلوك الأكل المستثار بالمشاعر وعلى أسلوب الأكل المكبوح بشدة. وتؤكد هذه كذلك البيانات التي تم الحصول عليها في دفتر يوميات الأكل ونوبات الأكل. كما ظهر من خلال بيانات دفتر اليوميات ومن خلال السبر في المقابلة الإكلينيكية بأن للمريضة بنية وجبات (عادات طعام) غير ملائمة (لا تأكل لساعات طويلة ثم الكثير من الأكل على سبيل المثال). ومن خلال مقابلة إكلينيكية وجود اضطرابات نفسية أخرى (المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية DIPD) ظهر أن المريضة تعاني بشكل مختلط من الاكتئاب (الآي.سي.دي. العاشر ICD-10؛ F32.1 طور اكتئابي من درجة متوسطة الشدة).

وتقدم النتائج التشخيصية صورة لتطور تقليدي جداً للضور (البوليميا): فزيادة وزن المريضة واستجابة محيطها الاجتماعي على ذلك (السخرية) والمثل العليا داخل الأسرة فيما يتعلق بالنحافة (الأم والأخت) هي على ما يبدو مظاهر مهمة حولت النزوع للنحافة إلى هدف مهم بالنسبة للمريضة. وتعزز هذا الأمر أكثر عندما استجابت الأم لعدم إخلاص زوجها لها بدورات من التنحيف ومن ثم روجت للنحافة كوسيلة للحفاظ على الارتباط.

كان فقدان الوزن بنتيجة العملية سبباً لسلوك الأكل المشحون بالمخاطر بحيث أنه قد أسهم فيما بعد في سياق الجوع الشديد الناجم عن نقص التغذية في حصول النوبة الأولى. وفي سياق تاريخ التعلم (الأكل من أجل "إلهاء" النفس) يعتقد أن نوبات الأكل قد حظيت بوظيفة الإلهاء عن المشاعر والأفكار المزعجة.

وطبقاً لذلك نستنتج الأهداف التالية للعلاج:

- تطبيع سلوك الطعام (تغذية كافية ومنتظمة ومتزنة) للتغلب على حالة النقص في الجسد ومن ثم المثير الفيزيولوجي لنوبات الأكل.

- بناء اتجاهات ومشاعر إيجابية تجاه الجسد الخاص
- رفع الحساسية للجوع والإحساس بالشبع والاستمتاع.
- تغيير الارتباط الوظيفي بين الأكل الإرهاقات (على سبيل المثال تعلم تحمل المشاعر، حتى السلبية منها، تعلم التعامل مع الضغوطات بشكل مناسب)

8- خلاصة واستنتاجات

أصبح المستوى الطبيعي اليوم إجراء تشخيص شامل قائم على الاضطراب أيضاً قبل بداية المعالجة النفسانية من خلال الأدوات المختلفة للحصول على المعلومات. وتتوفر في هذه الأثناء بالنسبة لاضطرابات الأكل مجموعة من الأدوات المقيمة بشكل جديد يمكن استخدامها بالنسبة للتخطيط للتدخلات العلاجية. وقد توصلت أبحاث المنشأ في السنوات الأخيرة بالتحديد لنتائج مهمة حول نشوء واستمرارية اضطرابات الأكل لابد من استخدامها بمعنى التشخيص الموجه بالنظرية، من أجل التمكن من الانتقاء من الكم الكبير للأدوات التشخيصية تلك الأدوات التي توضح أو تحدد الشذوذات المهمة إكلينيكياً في سلوك الطعام. وما زالت هناك حاجة بحثية بشكل خاص فيما يتعلق بتطوير وتقويم الأدوات التشخيصية لقياس الشذوذات في سلوك الأكل لدى الأطفال.

29-اضطرابات النوم

كلاوس بادر وإيرنست هيرمان وأولرش ميشائيل هيرميترس
Klaus Bader, Ernst K. Hermann & Ulrich-Michael Hermmeter

1- الوصف

الاستلقاء في السرير وعدم التمكن لفترة طويلة من النوم والاستيقاظ مراراً من النوم والعودة بصعوبة للنوم ثانية والاستيقاظ في وقت مبكر جداً من الصباح، أبكر من المعتاد، والإحساس بأن النوم لم يكن مريحاً، هذه عي أغلب الأعراض التي يشكو منها الأشخاص الذين لديهم اضطرابات في النوم. وتترافق مع هذا شكاوى حول الإحساس السيئ طوال النهار التي تعبر عن نفسها في شكل اضطرابات إنجاز وتركيز

وارتفاع في التعب عبر النهار. ويقلق المعنيون باستمرار وبشكل مكثف بنومهم المضطرب ويخشون من التأثيرات السلبية. فإذا لم تكن هذه الشكاوى ظاهرة عابرة بل استمرت لأسابيع فإننا نتحدث عن الأرق insomnia وهي الشكل الأكثر الأهم والأوسع انتشاراً من اضطرابات النوم. ويمكن للأرق أن يكون عرضاً أو عاقبة مباشرة لمرض جسدي أم نفسي على حد سواء أو يمكن أن يظهر كاضطراب قائم بذاته مستقل (الأرق الأساسي Primary Insomnia).

إلا أنه ليس النوم القليل وحده هو من يسبب المعاناة؛ فالأطوار الطويلة جداً من النوم (فرط النوم Hypersomnia) أو ظهور نوبات نوم نهارية (الخدار[1] narcolepsy)على الرغم من النوم الكافي ليلاً هي اضطرابات شديدة الضرر أيضاً. لهذا يقع ضمن مجموعة اضطرابات النوم وإلى جانب الأرق عدد كبير من المتلازمات الأخرى التي تربط بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر بالنوم. ومنها النوم الشاذ Parasomnia، وهي ظاهرة ضارة بالنوم كالكوابيس والمشي أثناء النوم (السرنمة Somnambulism) أو أطوار الهلع الليلي (Pavor Nocturnus). كما تنطلق تضررات شديدة في النوم نتيجة الظواهر الجسمية، كالأرجل غير المستقرة (متلازمة السيقان القلقة restless legs-Syndrome)، والحركات الدورية للأطراف(Periodic Limb Movements) أو حتى الألم المزمن. وبعض اضطرابات النوم من نحو الانقطاع الليلي للتنفس الذي قد يصل إلى 30 ثانية (Sleep apnea) لا يدركها المعنيون على الإطلاق أو لا يلحظونها إلا بشكل غير مباشر من خلال النعاس النهاري وانخفاض الإنجاز والتركيز الشديدين. كما يمكن للناس أن يعانوا من اضطرابات في إيقاع النوم واليقظة بنتيجة العمل في ورديات على سبيل المثال.

وسوف نركز في الفصل التالي على تلك الاضطرابات من النوم التي يتكرر ظهورها

---

(1) حالة مرضية تتميز بنوبات نوم نهاري قصيرة وعميقة.

وعلاجها في السياق العلاجي النفسي. وهي في الغالب اضطرابات في استمرارية النوم لا ترجع لأسباب عضوية، أي أنها اضطرابات في الدخول في النوم والاستمرار فيه والاستيقاظ المبكر والنوم غير المريح وما يرتبط بذلك من تضررات في الإحساس بالعافية عبر النهار. أما فيما يتعلق بتفاصيل أكثر حول الاضطرابات الأخرى من النوم فنحيل القارئ إلى المراجعات الحديثة لفيس (Wess,2005) ودوشنا (Duchna, 2006).

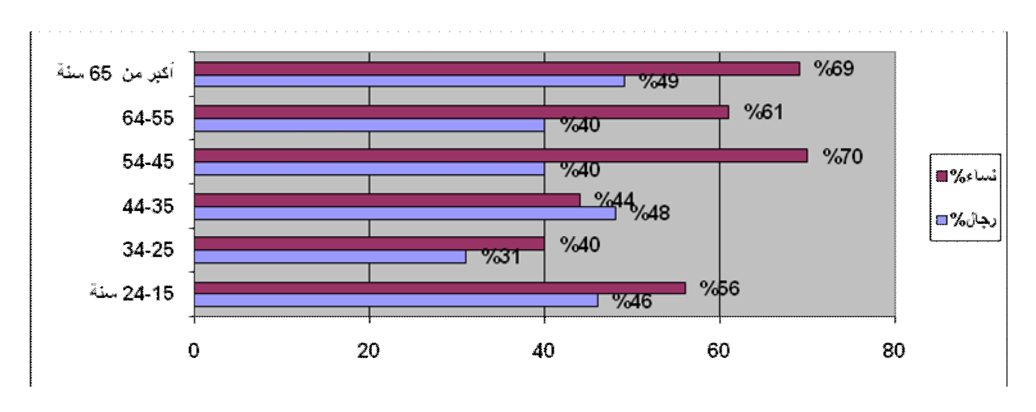
2- الجائحة والمجرى

في المسح الممثل الذي يجريه المكتب الاتحادي للإحصاء في النمسا (2002) بشكل منتظم تعد اضطرابات النوم من أكثر الشكاوى العامة. وهي تقع مع آلام الظهر والصداع في القمة. فحوالي ثلث السكان يؤكد ظهور اضطرابات عابرة في النوم ، وهو ما يتطابق مع بيانات الدول الصناعية الغربية. وفي الدراسات الجائحية يختلف انتشار الأرق حسب طريقة الدراسة والمحكات المستخدمة (Ohayon, 2002) . وهذا مؤشر على أن الأسلوب الذي يتم فيه تشخيص شكوى ما على درجة حاسمة من الأهمية. وبالتحديد في مجال الشكاوى فيما يتعلق بالنوم المضطرب فإن الهدف الذي يحتل الأولوية بالنسبة للتشخيص هو التفريق بين الشكاوى في صورة الاضطراب العابر وبين عرض مرض آخر وبين الاضطراب الذي يحمل قيمة مرضية بالمعنى الدقيق للكلمة. ويقدم جدول (1) مؤشرات عامة على تكرارا ظهور اضطرابات النوم.

ويتعلق تكرار الظهور لاضطرابات النوم بالسن والجنس. فعامل خطر الإصابة بالأرق في مجرى الحياة أكثر عند النساء بمقدار 1,4، (Zahng & Wing, 2006). وبشكل خاص لدى النساء في النصف الثاني من الحياة يلاحظ وجود ارتفاع واضح (أنظر الشكل 1). ومن ناحية أخرى يظهر لدى الرجال تكرار يبلغ أكبر من الضعف في اضطرابات انقطاع التنفس أثناء النوم (Krishnan & Collop, 2006).

جدول (1): الجائحة/أرقام موجهة (مؤشرات رقمية)

الأرق	
• السكان عموماً (شكاوى أرق)	٪35-15٪
• السكان عموماً الدي.أس.أم.DSM-IV	٪4<
• العيادات العامة الدي.أس.أم.DSM-III-R	٪20
فرط النوم	
• السكان عموماً	٪6-3٪
• اضطرابات تنفس مرتبطة بالنوم	<٪10
• النوم الشاذ	تقديرات غير موثوقة



شكل (1): مشكلات النوم بالارتباط بالسن والجنس

(عن Quera-Salva et al., 1991)

والأرق غير المعالج يجري بشكل مزمن في غالبية الحالات (Sateia et al., 2000). وبهذا يرتفع بالنتيجة خطر المعاناة من اضطراب نفسي وبشكل خاص الاكتئابات وأمراض القلق والتعلق بالكحول والأدوية (Breslau et al., 1996). ويسهم التعرف

والعلاج المناسب المبكرين في الوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية الناجمة وانخفاض خطر الإصابة بالحوادث.

3-التشخيص التصنيفي

على الرغم من أن النوم يحتل في حياة الإنسان أهمية مركزية، إلا أن ذكر النوم في الأدلة التشخيصية حديث جداً. إذ لم تتم الإشارة إلى للنوم في إطار مراجعة الكتب المرجعية النسولوجية كصورة اضطراب مستقلة إلا منذ عام 1986. فحتى ذلك الوقت كانت اضطرابات النوم لا تعد سوى عرضاً من أعراض اضطراب جسدي أو نفسي آخر. فقد تم إعادة ترتيب فصل اضطرابات النوم في الدي.أس.أم.DSM-IV من جديد وتم تعديله بشكل طفيف ثانية في الدي.أس.أم. الرابع معدل النص-DSM-IV-TR(www.DSM4tr.org). وقد تم تقسيم اضطرابات النوم إلى ثلاثة مجالات حيث أنه لم يحافظ الدي.أس.أم.DSM في هذا الفصل على نيته المتمثلة في التمكن من تجميع (التزمير-[التجميع في زمر]) فئات الاضطرابات بناء على ظواهريتها [أوصافها] . فتقسيم الاضطراب تم على أساس المنشأ ويميز بين اضطرابات النوم الأساسية (وتتضمن اضطرابات النوم على أساس عامل طبي [مرض] واضطرابات النوم الناتجة عن المواد].

ويستخدم المتخصصون بالنوم كمرجع لهم للتشخيص التصنيفي التصنيف العالمي لاضطرابات النوم International of Sleep Disorders والذي يرمز له اختصاراً ICSD (Schramm & Riemann,1951) والذي صدر في طبعته الثانية المعدلة ICSD-2 (American Academy of Sleep Medicine,2005)، ويهدف ICSD-2 إلى وصف وتصنيف اضطرابات النوم واليقظة بشكل مسند علمياً. وفي الوقت نفسه تم السعي إلى جعل ICSD-2 منسجماً مع الدي.أس.أم.DSM والآي.سي.دي.ICD. غير أن التصنيف العالمي لاضطرابات النوم ICSD-2 يتصف بأنه يتيح بتشخيصاته التي يبلغ عددها 85

تشخيصاً إجراء ترتيب تفصيلي جوهري لاضطرابات النوم. وكما نستخلص من الجدول (2) فإن ICSD-2 يميز بين ثماني فئات أساسية من اضطرابات النوم . وإلى جانب محكات تشخيص الاضطرابات منفردة تم في ICSD-2 إعطاء معلومات إضافية كالأعراض المرتبطة والأنماط الفرعية والجائحة والعوامل ما قبل المرض والمجرى والمضاعفات والباثولوجيا الفيزيولوجية والاختبار متعدد المؤشرات Polysomnography ومؤشرات موضوعية أخرى.

جدول (2): تصنيف اضطرابات النوم

1- الأرق
2- اضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم
3- فرط النوم Hypersomnia من دون ارتباط بالتنفس
4- اضطرابات إيقاع النوم الدورية
5- النوم الشاذ Parasomnia
6- اضطرابات نوم مرتبطة بالحركة
7- اضطرابات نوم أخرى
8- أعراض منفردة، تنوعات معيارية Norm Variants ونقاط غير محلولة

وفي الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 لا يوجد حتى الآن أي تنظيم موحد [ترتيب فئوي] لاضطرابات النوم. فقد تم في الفصل F5 الذي هو بعنوان شذوذات سلوكية مع اضطرابات جسدية، خصصت الفقرة F51 لاضطرابات النوم غير العضوية. وينبغي فصل هذه الاضطرابات عن اضطرابات النوم العضوية الموجودة في جزء منها في الفصل G47. ويتم الآن التخطيط لملائمة الآي.سي.دي. في طبعته القادمة مع الدي.أس.أم. ومع التصنيف العالمي لاضطرابات النوم.

ويقدم جدول (3) عرضاً لتقسيم اضطرابات النوم في الأدلة التشخيصية المطابقة.

ويستنتج من جدول (3) أن اضطرابات النوم واقعة في المجال بين الآليات النفسية والجسمية. وطبقاً لذلك تهدف الإرشادات التشخيصية أيضاً إلى تحديد العامل النشوئي المهم في كل مرة أو استبعاده.

جدول (3): نوسولوجيا اضطرابات النوم

	الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	**الآي.سي.دي. العاشر ICD-10**
اضطرابات النوم الأساسية		
عسر النوم Dyssomnia		
• الأرق الأساسي primary insomnia	307.42	F51.0
• فرط النوم الأساسي	307.4	F51.1
• الخدار الأساسي narcolepsy	347.00	G47.4
اضطرابات نوم مرتبطة بالتنفس		G47.3
اضطراب نوم مع اضطراب الإيقاع الدوري		F51.2/G47.2
• أطوار نوم متأخرة	327.31	
• إرهاق السفر Jetlag	327.35	
• العمل في ورديات	327.36	
• غير محدد	327.30	
النوم الشاذ		
• اضطرابات نوم مع كوابيس	307.47	F51.5
• الهلع الليلي الهلع الليلي Pavor Nocturnus/Sleep Terror	307.46	F51.4
• اضطرابات نوم مع السير أثناء النوم	307.46	F51.03

	الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
اضطراب النوم في سياق اضطراب نفسي آخر		
أرق في سياق اضطراب نفسي آخر	327.02	F51.0
فرط النوم في سياق اضطراب نفسي آخر	327.15	F51.1
اضطراب نوم في سياق عوامل مرضية طبية		G47.X
• من النمط الأرقي Insomnia Typus	327.01	
• من نمط فرط النوم	327.14	
• من نمط النوم الشاذ	327.44	
• نمط مختلط	327.8	
اضطرابات نوم ناتجة عن تعاطي المواد		
مثل		
• نمط الأرق، فرط النوم المستثار بالكحول، مع بداية أثناء التسمم	291.80	F10.8
• اضطراب نوم مستثار بالكوكايين	292.89	F14.8
• اضطراب نوم مستثار بالمنومات	292.89	F13.8

واضطرابات النوم الأساسية هي تلك الاضطرابات التي لا تكمن خلفها أية اضطرابات نفسية أخرى أو عوامل مرض طبي. وطبقاً لذلك فلا بد من أجل التشخيص استبعاد أن اضطرابات النوم لا تظهر فقط في مجرى اضطراب نفسي أو جسدي آخر. وكذلك لابد من استبعاد المواد ذات التأثير النفسي كسبب لاضطراب النوم. وتشترك جميع اضطرابات النوم بأنها جميعها تتطلب وجود محك الأهمية الإكلينيكية (ضغط المعاناة، اضطراب أنشطة الحياة اليومية).

ويقدم جدول (4) عرضاً للإرشادات التشخيصية لاضطرابات النوم الأساسية في الأدلة المستخدمة. وبالتأمل في هذا الجدول يتضح لنا مدى عدم الاتفاق حتى الآن حول الترتيب التشخيصي في الأنظمة الرائجة. فهي مازالت تفتقد إلى مبدأ ترتيب أعلى.

جدول (4) الإرشادات التشخيصية لاضطرابات النوم الأساسية

		الدي.أس.أم.DSM-IV	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
عسر النوم Dyssomnia	الأرق الأساسي	الشكوى الأساسية هي صعوبات الدخول والاستمرار في النوم أو في النوم غير المريح منذ شهر على الأقل	الشكوى من اضطرابات الدخول في النوم والاستمرار فيه أو نوعية سيئة من النوم على الأقل ثلاثة مرات في الأسبوع، طوال شهر على الأقل، وانشغال كبير باضطرابات نوم مع اضطراب و هَمّ مبالغ به حول العواقب السلبية
	فرط النوم Hypersomnia	الشكوى المسيطرة نعاس مفرط [حاجة مفرطة للنوم] منذ أكثر من شهر (أو أقل، إذا كان انتكاسياً)، التي تتجلى إما من خلال أطوار نوم مطولة أو أطوار نوم تظهر يومياً تقريباً في النهار.	الميل المفرط للنوم أو نبات النوم أثناء اليوم، غير مفسرة من خلال نقص مدة النوم أو عبور مطول لليقظة الكاملة، يومياً، أكثر من شهر أو أطوار متكررة لفترة قصيرة مع عواقب الإنهاك الواضح أو تضرر النشاطات اليومية.
	الخدار narcolepsy	نوبات لا تقاوم من النوم المريح، يظهر يومياً عبر فترة ثلاثة أشهر أو يظهر واحدة من السمات التالية:	غير مرمز "كاضطراب نوم أساسي" Not coded as primary Sleep Disorder

		الدي.أس.أم.DSM-IV	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
		الكاتابليكسيا cataplexy (الأطوار القصيرة من الفقدان المفاجئ للتوتر العضلي للجانبين غالباً بالارتباط مع انفعال شديد)	
	اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس	انقطاعات في النوم تظهر نتيجة لمرض تنفس مرتبط بالنوم (على سبيل المثال متلازمة انقطاع التنفس المركزي أو السادّ obstructive or central Sleep apnea أو متلازمة فرط التنفس السنخي المركزي central alveolar Hyper ventilation Syndrome) ويقود إلى فرط النوم أو الأرق.	ير مز "كاضطراب نوم أساسي" Not coded as primary Sleep Disorder
	اضطرابات إيقاع النوم	نمط مستمر أو متكرر من انقطاع النوم يقود إلى نعاس أو أرق مفرط، ينتج عن تناقض بين برنامج النوم-اليقظة المرتبط بالمحيط للشخص ونمط نومه ويقظته الدوري.	ير مرمز "كاضطراب نوم أساسي" Not coded as primary Sleep Disorder
النوم الشاذ Para-somnia	الكوابيس	الاستيقاظ المتكرر من طور النوم الرئيسي أو غفوة مع تذكر تفصيلي لأحلام ممتدة ومرعبة جداً، تتضمن تهديداً للحياة أو الأمان أو قيمة الذات. وبشكل عام تظهر اليقظة في النصف الثاني من طور النوم.	الاستيقاظ من النوم الليلي بعد وقت قصير من النوم مع تذكر تفصيلي وحيوي لأحلام خوف شديد، غالباً مع تهديد للحياة أو الأمن أو مشاعر القيمة الذاتية. الاستيقاظ يتم هنا بشكل متعلق

	الدي.أس.أم.DSM-IV	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
	والشخص يكون في العادة عند الاستيقاظ من الحلم المرعب متوجهاً ويقظاً بسرعة.	بالوقت وفي العادة أثناء النصف الثاني من النوم الليلي. وبعد الاستيقاظ من الحلم المخيف يصبح الشخص المعني متوجهاً ويقظاً بسرعة.
الرعب الليلي Pavor nocturnus	أطوار متكررة من الفزع الشديد المفاجئ من النوم الذي عادة ما يظهر في الثلث الأول من طور النوم الأساسي ويبدأ بصرخة مرعبة. كما يتشكل خوف شديد وعلامات التيقظ الإعاشي vegetative arousal كخفقان القلب وسرعة التنفس والتعرق في أثناء كل طور وعدم وجود أي استجابة على مساعي الآخرين لتهدئة المعني في أثناء الطور. وفي النهاية لا يتم تذكر حلم تفصيلي ويوجد فقدان ذاكرة للطور.	الأعراض السائدة هي طور أو أكثر من النوم الذي يبدأ بصرخة هلع ويتصف بخوف شديد وحركات جسد وفرط توتر إعاشي، كخفقان القلب وسرعة التنفس وتوسع الحدقات ونوبات تعرق. وتستمر هذه الأطوار المتكررة في العادة حتى 10 دقائق وغالباً ما تظهر في الثلث الأول لنوم الليل. ولا يوجد نسبياً مدخل لمساعي الآخرين وتعقب ذلك بدون استثناء في الغالب دقائق من الضياع والحركات الغريبة. وتذكر الحدث عادة ما يقتصر على تصور أو اثنين متفككين أو لا توجد ذكرى على الإطلاق.
السرنمة	أطوار متكررة من النهوض من السرير والتجول في الليل، عادة في	العرض السائد هو ترك السرير لمرة واحدة أو لمرات عدة مع

		الدي.أس.أم.DSM-IV	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
		أثناء الثلث الأول من طور النوم الأساسي. وفي أثناء التجول يمتلك المعني وجهاً جامداً بلا تعبير، وقلما يستجيب على مساعي الآخرين للتواصل ولا يتم إيقاظه إلا بصعوبة شديدة. وعادة ما تكون هناك فجوة ذاكرية للطور. وخلال دقائق من قليلة من الاستيقاظ من طور السرنمة لا يعود هناك وجود أي ضرر للوظائف العقلية أو للسلوك	التجوال، عادة في أثناء الثلث الأول من نوم الليل. وفي أثناء التجول غالباً ما يمتلك المعني وجهاً فارغاً، جامداً، وقلما يستجيب سلوكياً على مساعي الآخرين للتأثير على الحدث أو للتواصل معهم. كما أنه من الصعب إيقاظ الشخص وبعد اليقظة، سواء كان من السرنمة أم في الصباح التالي لا توجد أية ذكريات للطور، ولكن يمكن ملاحظة خلال دقائق قليلة بعد الاستيقاظ من الطور عدم وجود أي تضرر للنشاط النفسي أو للسلوك، على الرغم من أنه من الممكن أن تظهر بداية مرحلة قصيرة من التشتت والضياع.

وتبين النظرة في اضطرابات النوم الأساسية أن تشخيص اضطراب نوم يتطلب معرفة الطيف الكلي للاضطرابات ككل. وعندئذ فقط يصبح من الممكن تحديد اضطراب للنوم بمعنى صورة مرضية مستقلة عن اضطراب نوم كعرض لاضطراب آخر سواء كان اضطراباً نفسياً أم جسدياً آخر. ومن خلال مثل هذا الإجراء يصبح من الممكن الأخذ بعين الاعتبار أنه في اضطرابات النوم الأساسية لابد دائماً من اعتماد محك الاستبعاد ألا يكون قد قاد لاضطراب النوم اضطراب نفسي أم جسدي آخر على حد

سواء. ومن أجل عدم الوقوع في خطأ تشخيص اضطراب نوم ما على أنه اضطراب نوم "أساسي" فإن المعرفة بالأسباب الجسدية الممكنة التي يمكن أن تسبب اضطراب نوم أعراضي ضروري جداً. وعليه يمكن لاضطرابات النوم أن تظهر في سياق مرض عصبي تهدمي أو في الأمراض الدماغية الوعائية أو في الأمراض الغددية أو في العدوى الفيروسية والبكتيرية أو في الأمراض الرئوية أو في الأمراض الروماتيزمية على حد سواء

والأمر نفسه ينطبق على الاضطرابات النفسية. فكثير من الاضطرابات النفسية تحدد الأرق أو فرط النوم كمشكلة مسيطرة في بعض الأحيان وينطبق هذا بشكل خاص على الاضطرابات الوجدانية وبعض اضطرابات القلق (اضطرابات القلق المعمم واضطرابات ما بعد الصدمة واضطرابات الهلع) على سبيل المثال. كما أنه غالباً ما يلاحظ الأرق عند استفحال فصام ما واضطرابات ذهانية أخرى (Beanca et al.,1992). ويظهر الأرق كذلك بشكل عابر في اضطرابات التكيف والاضطرابات جسدية الشكل واضطرابات الشخصية الحدودية من جديد نؤكد على أنه لابد من أن يكون الطيف النسولوجي كله معروفاً إذا ما كان لابد من تشخيص اضطراب النوم بشكل صحيح.

وأخيراً يمكن لاضطرابات النوم أن تكون ناجمة عن المواد. ونشير هنا بوضوح إلى الكحولية – مع العلم أن الصورة المرضية تتنوع حسبما إذا كانت ناجمة عن التسمم الحاد أم المزمن أم من خلال السحب (Gillin,1990)، والأمر نفسه ينطبق على المواد الأخرى ذات التأثير النفسي كالأمفيتامين والكافيئين والكوكايين والأفيون والمسكنات والمنومات ومضادات القلق (Watson et sl., 1992). وبالتحديد فإن المواد المذكورة هذه على درجة كبيرة من الأهمية، لأنه غالباً ما يتم استخدامها لمعالجة اضطراب النوم، إلا أنها تسهم من جهتها على ما يعتقد باستمرارية اضطراب النوم (Hermmeter, 1997). كما أن المركبات ذات التأثير المسكن–المنوم على درجة من الأهمية كذلك في اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس، كون هذه الأدوية تزيد من تفاقم هذه الصورة المرضية.

4- التشخيص القائم على التعديل

بعد التشخيص الموسع القائم على التعديل مهماً بالنسبة لتخطيط وتنفيذ وإعادة اختبار الإجراءات العملية في اضطرابات النوم. وينبغي هنا تحديد تلك العوامل المجالات الفيزيولوجية والاستعرافية والقائمة على السلوك، التي تسهم بناء على المستوى الراهن لبناء النموذج المتعلق في نشوء اضطراب النوم واستمراريته بشكل خاص وتمثل بالنتيجة المنطلق في العلاج. وسوف نقتصر في هذا الفصل على العوامل المستخلصة من نماذج الاضطراب الراهنة حول الأرق (Morin, 1993; Perlis et al., 1997; Blackhaus, 1997). وهي نماذج مسندة علمياً بشكل كاف وتعد على درجة كبيرة من الأهمية في المارسة. ويمكن الحصول على هذه المعلومات إما من خلال الاستفسارات الشفهية أو الخطية (السيرة المرضية الحرة والاستقصاء والمقابلات والاستبيانات) أو من خلال الفحوصات الطبية. وسوف نعرض في الفقرة الخامسة بعض الأدوات والطرق لقياس هذه العوامل.

يمثل للمستوى المرتفع من الإثارة (فرط التيقظ Hyper arousal) الذي يتجلى على المستويات الفيزيولوجية والحركية والاستعرافية، العائق الرئيسي في الدخول في النوم والاستمرار فيه. لهذا فإن قياس نمط الاستثارة سواء المدركة ذاتياً منها (كالاستعداد لفرط الاستثارة، القدرة على الاسترخاء، الميل للانشغال الفكري [الاجترار] على سبيل المثال) أم القابلة للتحديد الموضوعي من خلال مؤشرات (كنبض القلب وضغط الدم ونسبة الحركة إلى الهدوء على سبيل المثال) ومثيراتها (كالمخاوف والغضب والصراعات ونقص القدرات على حل المشكلات وعند تمثل الضغوط [الإرهاقات] على سبيل المثال) يمكن ن تكون مفيدة في بداية العلاج وفي أثناءه.

ولابد من تذكر أن العوامل الاستعرافية غير الملائمة هي: التركيز الشديد للانتباه على كل مظاهر النوم (المضطرب)، والتوقعات من الدخول في النوم والاستمرار فيه، والمبالغة في عواقب نقص النوم والقناعات المعطوبة حول النمو عموماً والإدراكات

المختلة حول أوقات النوم واليقظة وقناعات الضبط المختلة فيما يتعلق بالمشكلات الخاصة، وبشكل خاص تلك المرتبطة باضطرابات النوم.

وغالباً ما ينجم عن القناعات المعطوبة [المختلة] أو نقص مراعاة قواعد النوم الصحي Sleep-hygienic Rules سلوك غير ملائم في النوم.

وغالباً ما نجد في اضطرابات النوم أوقات نوم غير منتظمة، والبقاء لأوقات طويلة في السرير، وعادات خاطئة في التغذية ونشاطات معيقة للنعاس في ساعات المساء وفي السرير. وفي هذا السياق لابد من تحديد عوامل المحيط المؤثرة سلباً على النوم كمصادر الضجيج المزعجة والدرجة المرتفعة من الحرارة أو نوعية أماكن النوم.

فإذا ما ارتبط اضطراب النوم مع واحد من الاضطرابات النفسية أو عدد منها ارتباطاً وثيقاً فإنه ينصح بإجراء فحص إضافي للصفات المرضية النفسية. ومن أهمها بشكل خاص: الاكتئابية وأعراض القلق والتعلق بالمواد المؤثرة نفسياً أو سوء استخدامها. وفي هذا السياق قد يكون من المفيد استقصاء الخبرات الحياتية الصادمة عبر الحياة. وكما تظهر الدراسات الحديثة (Bader % Schaefer, 2005) يبدو أن للخبرات الغنية بالضغوط [بالإرهاقات] تأثير على النوم ليس مباشراً فحسب، وإنما طويل الأمد أيضاً.

مثال حالة:

تم تحويل السيدة منال البالغة الرابعة والأربعين من العمر - متزوجة ومديرة- من طبيب الأسرة للعلاج السلوكي-الخارجي. فهي تشكو منذ عدة أشهر من فقدان الطاقة وعدم الهدوء المستمرين، تعزوها لعدم قدرتها على الدخول في النوم والاستمرار فيه. وهي قلقة حول وضعها ألا تكون قادرة على مواجهة مهامها في المستشفى الخاص الذي تعمل فيه. قاد سبر تاريخ الحياة والمقابلات المعيرة لتشخيص أرق أساسي. فقد كانت نتائج الفحوص الطبية التي أجريت لها من دون نتيجة. وتم سبر اضطراب النوم بصورة مستفيضة.

بدأت السيدة منال وبسبب تزايد المطالب المهنية قبل سنة بزيادة ساعات عملها لتبلغ حوالي 14 ساعة العمل على الواجبات غير المنجزة في نهاية الأسبوع، وكانت تفضل العمل في ساعات المساء المتأخرة. وفي هذا الوقت علمت بأن زوجها ينوي الطلاق، الأمر الذي غالباً ما قاد إلى مواجهات شديدة. وأصبح التفكير بالهموم يعيقها مراراً عن الإحساس بالنعاس. وبداية كانت اضطرابات الدخول في النوم تتكرر بين المرة والمرتين في الأسبوع ولكن عندما ازداد الخوف من عدم التمكن من النوم ازدادت المشكلة، وازداد التوتر الداخلي في النهار أيضاً وقاد إلى أن منال لم تعد تستطع مساء التوقف عن الانشغال الفكري [الاجترار]. وتشير النتائج في مقياس لقياس السمات العامة للشخصية لمضطربي النوم (أنظر الفقرة 5.2.1) إلى انشغال فكري شديد الوضوح بالنوم: فقد كانت تشعر بالخوف حتى في أثناء النهار من النوم مساء، وتفكر برعب بأنها لن تكون قادرة في اليوم التالي على أن تكون مرتاحة في العمل وتنتبه بدقة للمدة التي تقضيها حتى تنعس. ومن المعلومات التي تم الحصول عليها يمكن استخلاص فرضيات تسهم في الوقت الراهن في الحفاظ على استمرارية اضطرابات النوم لديها: فالتركيز الفكري الشديد على اضطراب النوم والعواقب المتوقعة والمطالب العالية في العمل والحياة الشخصية تقود إلى توتر مرتفع في النهار وفي مرحلة الإغفاء. وهذا المستوى العالي من الإثارة يعيق الإغفاء السريع والعودة للإغفاء عند قطع النوم في الليل.

5- الحصول على المعلومات والطرق

سنعرض فيما يلي أدناه الطرق التشخيصية التي يمكن استخدامها في توضيح اضطرابات النوم وسوف نتعرض في الفقرات اللاحقة إلى الحسنات والعيوب ومحكات الدلائل Indications Criteria.

- تاريخ المرض
  - تاريخ المرض والسبر الحر

- المقابلات المبنية

- الأدوات النفسية التشخيصية
  - الاستبيانات
  - دفتر يوميات النوم
  - أدوات فحص الأداء
- تسجيل النشاط (الأكتوجرافيا)[1]
  - الاختبار متعدد المؤشرات (البوليسمونوغرافيا)
  - تحليل المستوى
  - التحليل الطيفي
- الفحوصات الجسدية

5.1 تاريخ المرض

5.1.1 تاريخ المرض والسبر

في المقابلات الإكلينيكية الحرة هناك خطر التقليل من أهمية الأعراض المهمة وتجاهلها لهذا تنصح شرام (Schramm,1992) بألا يتم سبر تاريخ المرض دون مساعدة المقابلات المبنية إلا من قبل المتخصصين المتمتعين بالخبرة الجيدة جداً. ومن البديهي أن يعتمد سبر تاريخ المرض في النهاية في جلسة حرة على المعارف من المحكات التشخيصية للأشكال المختلفة لاضطرابات النوم. أما المواضيع التي ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار في أثناء السبر وتاريخ المرض فهي التالية:

- عادات النوم

---

(1) Actographia (activity recording) تسجيل سلوك كائن حي بوساطة ملاحظات مختلفة، ويمكن بوساطتها قياس مدة السلوكات وتعاقبها الزمني

- النشاطات المسائية وعادات الأكل
- التحضير للذهاب للنوم
- زمن الذهاب للنوم، الطقوس
- المخاوف المعبر عنها في مقتضى الحال
- مدة النعاس (الغفوة)
- السلوك والإحساس في أثناء ذلك
- تكرار وأسباب ومدة الصحو
- صعوبات عند العودة للغفوة
- الوصف الدقيق للأحداث الدورية (الأعراض، المدة، التكرار)
- السلوك أثناء النوم (عدم الهدوء [التوتر]، الشخير، سلس البول...الخ)
- مدة النوم الكلي
- مدة أطوار النوم غير المضطرب
- وقت الاستيقاظ، والصحو العفوي
- تذكر الأحلام أو الكوابيس
- القابلية للإيقاظ
- الإحساس بعد اليقظة
- التعب النهاري والنعاس أثناء النهار
- نمط الهدوء والنشاط في النهار
- الدافع، التركيز، قدرة الإنجاز
- المزاج والحالة النفسية
- ظروف الحياة والأحداث
- استجابات الأشخاص المرجعيين.

5.1.2 المقابلة المبنية

يمكن إجراء الشكل المبني من تاريخ المرض من خلال قائمة للأعراض توجه الجلسة أو من خلال دليل للمقابلة المبنية. ويهدف الإجراء المبني في تاريخ الحالة إلى منع التعامي عن المظاهر المهمة من خلال الرأي المسبق للمقابل. وقد تم تطوير قوائم الأعراض الخاصة باضطرابات النوم للمرة الأولى في المحيط الأنجلو أمريكي من خلال هاوري (Hauri (1982) وثوربي (Thorpy,1988)، كما قام باكهاوس وريمان (Backhauus & Riemann, 1999) بوضع قائمة أعراض للأرق في المحيط الناطق بالألمانية في دليل العلاج الذي طوراه.

وطورت كل من شرام وهوهاغن وغراسهوف وبيرغر (Schramm, Hohagen, Grasshof & Berger, 1991) للمحيط الناطق بالألمانية المقابلة المبنية لاضطرابات النوم وفق الدي.أس.أم. DSM-III-R. ويمكن استخدام هذه المقابلة للفحص النفسي المرضي للنوم لدى المرضى والسكان عموماً، وهي تتيح تصنيف اضطرابات النوم ضمن الفئات التصنيفية للدي.أس.أم.. وبهذا فقد تم تحقيق هدف أساسي لهذه المقابلة التوجيهية، يمكن أيضاً للمستخدم غير المتخصص أن يأخذه بعين الاعتبار. فقد أشارت شرام ومجموعتها إلى أن هذا الإجراء يوفر الوقت بشكل كبير مقارنة بالسبر الحر، وتتحدث الباحثة عن حوالي (20–30) دقيقة يمكن من خلالها عمل توضيح شامل للعوامل المهمة في سياق اضطرابات النوم. والخصائص السيكومترية للاضطرابات النوم المشخصة بهذا الشكل مقبولة.

وقد تم توسيع المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية DIPD في طبعتها الثالثة الموسعة (Schneider & Margraf,2006) بفصل خاص لاضطرابات النوم . وتشمل إلى جانب تاريخ الاضطراب التفصيلي المتعلق بالنوم كل الأسئلة المحكية للتعرف على الأرق وفرط النوم الأساسيين وترتيبهما التصنيفي.

5.2 الأدوات النفسية التشخيصية

5.2.1 الاستبيانات

يتم التفريق بين الاستبيانات من بين أمور أخرى من خلال الإطار الزمني الذي تشمله. ومن إحدى التقسيمات المفيدة هنا هو قياس الليلة الأخيرة مقابل القياس الاسترجاعي لفترة زمنية ماضية يشمل عدة ليال أو أكثر.

ويتألف مقياس النوم Sleep Scale لغورتلماير (Goertelmayer, 1981) من (21) بند يشمل على مدة النوم وانقطاع النوم (الصحو) وكمون النوم Sleep latency وتدريج لنوعية النوم ودرجة الراحة في النوم والاستعداد للنوم. ولا يتيح استبيان النوم قياس النوم بالمعنى الضيق فحسب بل المظاهر المتعلقة بالنوم كذلك كالحالة النفسية أيضاً. ويتوفر المقياس في نسختين؛ النسخة (A) لقياس الليلة السابقة مباشرة والنسخة (B) تقيس الفترة الزمنية السابقة الواقعة بين أسبوعين حتى الأربعة بالإضافة إلى تكرار أعراض محددة. والمقياس مقبول من الناحية السيكومترية وتتوفر له معايير لعينات مختلفة وقيم الاتساق الداخلي للمقاييس الفرعية مقبولة (0.86–0.91). وقد تم الحصول على درجات نوعية النوم بالتحليل العاملي وتم تأكيدها في دراسات إعادة [تكرار Replication].

وفي المحيط الناطق بالإنجليزية ظهر مؤشر بتسبورغ لنوعية النوم Pittsburgh-Sleep-Quality-Index لبوسي وآخرين (Bussy et al., 2989) النسخة الألمانية لريمان وبيكهاوس (1996). وتهدف هذه الاستبيانات لتقييم النوم بشكل استرجاعي لإعطاء صورة لتطور ومقدار ونوع اضطراب النوم. إلا أن الدراسات الارتباطية التي تربط بشكل استرجاعي بين النوم المقيَّم والنوم المقاس موضوعياً تشير إلى عدم دقة القياس لمظاهر زمن النوم وكذلك كمونية النوم من خلال الاستبيانات التي تقيس استرجاعياً (Schultz & Paterlok,1997)

وبالنسبة للقياس العام لنعاس النهار وتعب النهار يتوفر في الترجمات الألمانية مقياس ستانفورد للنوم Stanford Sleepiness Scale (اختصار SSS) (Hoddes et al., 1973; German: Hoddes et al., 1996) ومقياس أيبورث للنوم Epworth Sleepiness Scale (اختصار ESS) (Johns, 1991; German: Bloch et al., 1999). وكلاهما ليسا للتشخيص وإنما يكممان مقدار النعاس النهاري المدرك ذاتياً في الوضع الراهن (SSS) وفي مواقف محددة (ESS). وتعد الارتباطات مع أدوات القياس الموضوعي لليقظة Vigilance ومع مقياس كمونية النوم المتعدد Multiple Sleep Latency Test (اختصار MLST)(Dement et al., 1986) والمحكات النظرية للاختبار [السيكومترية] مقبولة (Johns, 1992)

ويعد مقياس سمات الشخصية العامة لمضطربي النوم مقياساً مكملاً للتشخيص القائم على التعديل (Hoffmann, Rasch, Schneider & Heyden, 1996). وتتألف هذه الأداة من استبيانين مستقلين، هما مقياس سمات الشخصية العامة (1) والمكون من 59 بند المصنفة ضمن ستة أبعاد للشخصية (الإحساس بالحياة ووعي الذات والتوتر [الهياج] النفسي والجسدي والسلوك العدواني ومراقبة الجسد) ومقياس إضافي للتقدير الذاتي لنوعية النوم. أما مقياس سمات الشخصية العامة (2) فيتألف من 23 بند ويقيس أبعاد "الانشغال" و"التركيز Focusing" (الانشغال الفكري بالنوم). وقد برهن المقياسان صلاحيتهما في الممارسة العملية وخصوصاً مقياس سمات الشخصية العامة (2) ذلك أنه يفرق بدقة بين النائمين جيداً والأرقين من ناحية ومن ناحية أخرى ملائم بشكل جيدة كي يعكس التصور العلاجي [يعطي صورة جيدة عن التقدم العلاجي]

5.2.2 دفتر يوميات النوم

تتيح دفاتر يوميات النوم التسجيل اليومي لمؤشرات النوم [متغيرات النوم] الأساسية بالصورة التي يتم إدراكها فيه. ومن ثم فإن دفاتر يوميات النوم تمكن من التسجيل اليومي للمعلومات المهمة حول النوم، كوقت الذهاب للنوم أو الاستيقاظ

ومدة الغفوة [النعاس]، الصحو الليلي...الخ. ولتسجيل النوم تأثيرات متعددة: فللملاحظة بحد ذاتها تأثيرات إرجاعية إيجابية في بعض الأحيان على إدراك النوم، إلا أن هذا التأثير ليس دائماً في العادة، فهو لا يؤثر إلا في الأسبوع الأول (Schramm, 1992). كما أن الملاحظة الذاتية هي دائماً نوع من الضبط الذاتي. وهذا يُحدِثُ في العادة رؤية تفريقية بحيث تصبح الارتباطات بالنسبة للمريض، بين العوامل النفسية المؤثرة على النوم وبين النوم على سبيل المثال، واضحة بشكل أفضل. ويمكن الحصول على دفتر يوميات مجرب وموثوق للنوم عبر صفحة الجمعية الألمانية لأبحاث النوم وطب النوم www.dgsm.de .

وقد تم الحصول على قيم مقبولة للصدق ليوميات النوم في اضطرابات النوم، قريبة من ثبات التخطيط الدماغي بالكهرباء للنومSleep-EEGs

(Bootzin & Engle-Friedman, 1981). كما أن صدق دفاتر يوميات النوم مقبولة أيضاً. فقد استنتج لاكس (Lacks,1991) أن الوقت الكلي للنوم بين دفتر اليوميات والاختبار متعدد المؤشرات (البوليسومنغرام) متطابق إلى درجة كبيرة وكذلك كمون النوم. والشيء الوحيد الذي تمت المبالغة في تقديره في دفاتر يوميات النوم هو مدة أطوار الصحو. حيث حصل لاكس (Lacks,1991) على ارتباطات بين مدة النوم ككل بين 0.42و0.64، حتى أنها كانت بالنسبة لوقت الصحو بعد بداية النوم بين 0.83 و0.88 وكانت هناك فروق بين النائمين جيداً وغير النائمين جيداً. حتى أنه ظهر هنا أن النائمين بشكل سيء يظهرون ثباتاً إعادة الاختبار أعلى من النائمين جيداً. ويفسر بوتسين وإنجل–فريدمان (Bootzin & Enngle-Friedman,1981) بأن النائمين بشكل سيء لديهم خبرات مديدة لسنوات طويلة في ملاحظة نومهم في حين أن الذين ينامون بشكل جيد لا يهتمون في العادة بملاحظة نومهم.

5.2.3 اختبارات فحص الأداء

انبثق التأسيس النظري لاستخدام اختبارات فحص الأداء من أن مضطربي النوم

عادة ما يشكون من تضرر في قدرة الأداء النهاري، بل أن هذا يشكل في بعض اضطرابات النوم شرطاً ضرورياً في إطار العملية التشخيصية (قارن جدول 3). وغالباً ما تدور الشكاوى حول القدرة على التركيز وأضرار في التنبه vigilance وانخفاض في أداء الذاكرة وتناقص في الأداء عموماً والهفوات. ومن أجل جعل مثل هذه التضررات موضوعية objectivity تم إجراء عدد كبير من الدراسات. فقد توصل كل من فولدا وشولتز (Fulda & Schultz, 1991) في مراجعتهما إلى أن نوع وشدة اضطراب النوم يقود إلى درجات مختلفة من تراجع الأداء. وفي حين أن اضطرابات النوم الناجمة عن التنفس والخدارnarcolepsy تسبب قصوراً ثابتاً للقياس بوضوح، فإن تراجع الإنجاز القابل للقياس في الأرق ألأساسي أقل وضوحاً. ونجد نتائج متسقة إلى حد ما بالنسبة لمجال مساحة التركيز والقدرة على الاستجابة، غير ذلك فإن النتائج فيما يتعلق بالأرق غير موحدة أو يوجد فيها نقص في الدراسات المضبوطة جيداً. وعند تقييم نتائج الأداء لابد من مراعاة الظروف الموقفية كالوقت من النهار أو ظروف النوم المحيطة بالليلة السابقة، كما أن العوامل الدافعية مهمة أيضاً، ذلك أنه يمكن موازنة أو تعويض القصور المرتبط بالنوم بشكل عابر من خلال بذل المزيد من الجهد للمفحوص في موقف الاختبار(Wilkinson, 1962) . فقد فحص مينلسون ومجموعته (Mendilson et al., 1984) مضطربي النوم استناداً إلى قدرتهم على الأداء ولم يجدا عجزاً يمكن تحديده موضوعياً بالمقارنة مع قيم معيارية. وأشارت شرام (Schramm,1992) إلى أنه ليس بالضرورة أن يتم جعل القصور الذي يشعر به الإنسان ذاتياً موضوعياً من خلال أدوات القياس النفسي. ففي دراسة لهيرمان- ماورر (Hermann-Maurer, 1989) لم تظهر سوى فروق طفيفة بين مؤشرات الأداء ومؤشرات النوم المختلفة. وحدها مظاهر الانتباه ارتبطت مع مظاهر محددة من النوم (الارتباط بين الانتباه ومدة نوم حركات العين السريعة: ر=0.40). وبالتحديد فإن غياب الارتباط المتعدد يجعل من ضرورة القياس الموضوعي للقدرة على الأداء لدى مرضى باضطرابات نوم في إطار الفحص التشخيصي مفيدة أيضاً. فعلى ما يبدو يتعلق الأمر هنا بمتغيرة لا تظهر الكثير من الوفرة

redundancy ، أي لا يمكن استخلاصها بالضرورة من شكاوى النوم أو أضراره. وقد قمنا أيضاً بدراسة هذا الموضوع في دراسة إمبيريقية. وظهر هنا أن النوم والقدرة النهارية على الأداء والحالة النفسية [الإحساس]، تمثل مركب المتغيرات Variables Complex التي لا تبدي بشكل عام إلا القليل من الارتباط. فالتقويم الموثوق للنوم والقدرة النهارية على الأداء غير ممكنة إلا من خلال فحص المتغيرات المعنية لكلا المجالين (Hermann-Maurer et al., 1994).

5.3 الأكتوغرافيا

تتيح الأكتوغرافيا Actographia (activity recording) قياس النشاط الحركي أثناء الليل. ويفيد النشاط الحركي في تشخيص اضطرابات الحركات الليلية، في إطار الارتعاش العضلي [النفضة العضلية Myoclonic] أو مجموعات أخرى من العضلات على سبيل المثال. كما يتيح الأكتوميتر إجراء تقييم لزمن السرير. والأكتوميتريا هي عبارة عن قياس بسيط للحركة، التي عادة ما تكون نشاطات حركية في معصم اليد. ومن حسنات هذا القياس الحصول على معلومات موضوعية عبر أسابيع عدة (Borbély et al.,1981).

إلا أن بوميشتر ولاور (Pollmaechter & Lauer, 1992) قد توصلا إلى نتيجة نفاها أن الأكتوغرافيا غير مناسبة للقياس التفريقي [الدقيق] لسلوك النوم-اليقظة وإنما للقياس الطولي لنمط النشاط-الهدوء.

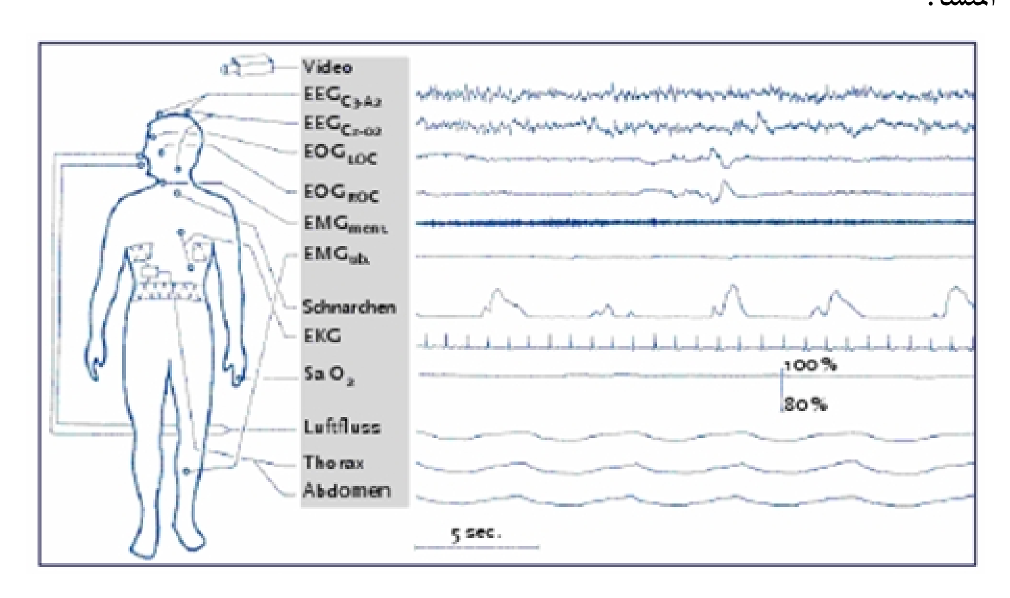
بالمقابل فإن المعلومات المكتسبة بهذه الطريقة تتيح من وجهة نظرنا تقييم عادات النوم للمريض المعني. وتظهر بعض البيانات أن الأكتوميتر يقدم دلالات صادقة لمدة النوم الكلي وكمون النوم والانقطاعات الممكنة، في حال لم تدخل مواد ذات تأثير نفسي في الموضوع. ولكن بمجرد أن يتم إعطاء المنومات أو مواد أخرى ذات تأثير نفسي فإن الأكتوغرافيا تفقد قدرتها على التنبؤ. وهذا لا يثير الدهشة كثيراً ذلك أن المنومات غالباً

ما تشتق من مجموعة البنزوديازيبانات، أي يعتقد أنها لاتقود للتهدءة النفسية فحسب وإنما للتهدئة على المستوى الجسدي أيضاً، أي أنها مرخية على الوجهين.

5.4 الاختبار متعدد المؤشرات (البوليسمونوغرافيا)

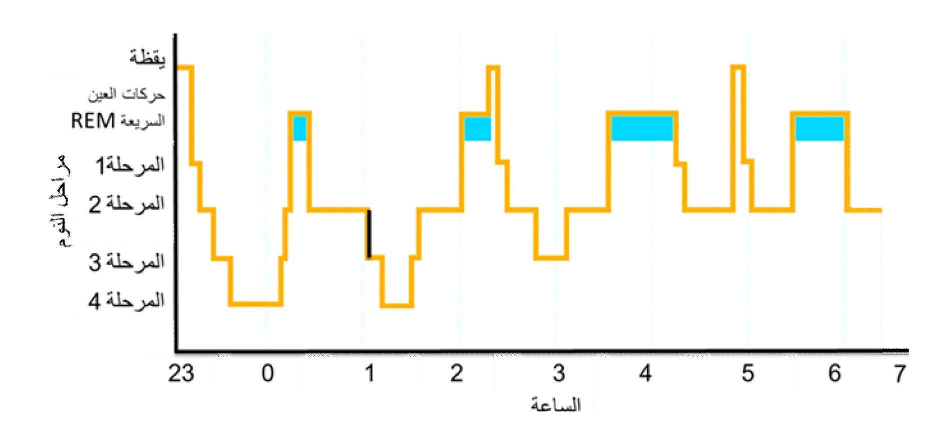
5.4.1 التحليل القياسي

تم تعيير تحليل النوم من خلال مؤشرات فيويولوجية كهربائية مختلفة من قبل ريشتسشفن وكالس (Rechtsschffen und Kales, 1968). ويمثل التخطيط الكهربي الدماغي EEG والعين EOG والعضلي EMG منذ زمن بعيد المركبات الأساسية للقياس المتعدد المعاير Standard. ويتم اليوم الحصول على معلومات إضافية من حول إشباع الأوكسجين وحول نشاطات التنفس والنشاطات القلبية الوعائية. ويتم في بعض الأحيان استخدام قناة أخرى لقياس حجم القضيب. ويساعد قياس حجم القضيب على تقييم تشخيصي تفريقي لمشكلات العجز الجنسي النفسي المنشأ مقابل العضوي المنشأ.



الاختبار متعدد المؤشرات (الصورة من المترجم)

ويقدم الشكل (2) تخطيطاً رسمياً للنوم (هيبنوغرام). وهو يقدم دلائل نوعية لنوعية النوم، أي مدة وتموضع وطبيعة (ثبات وكثافة) مراحل النوم المنفردة. كما يمكن من خلال ذلك استخلاص معلومات من ذلك عن تتابع succession أطوار النوم المنفردة (وفق Williams, Karacan & Hursch, 1974).

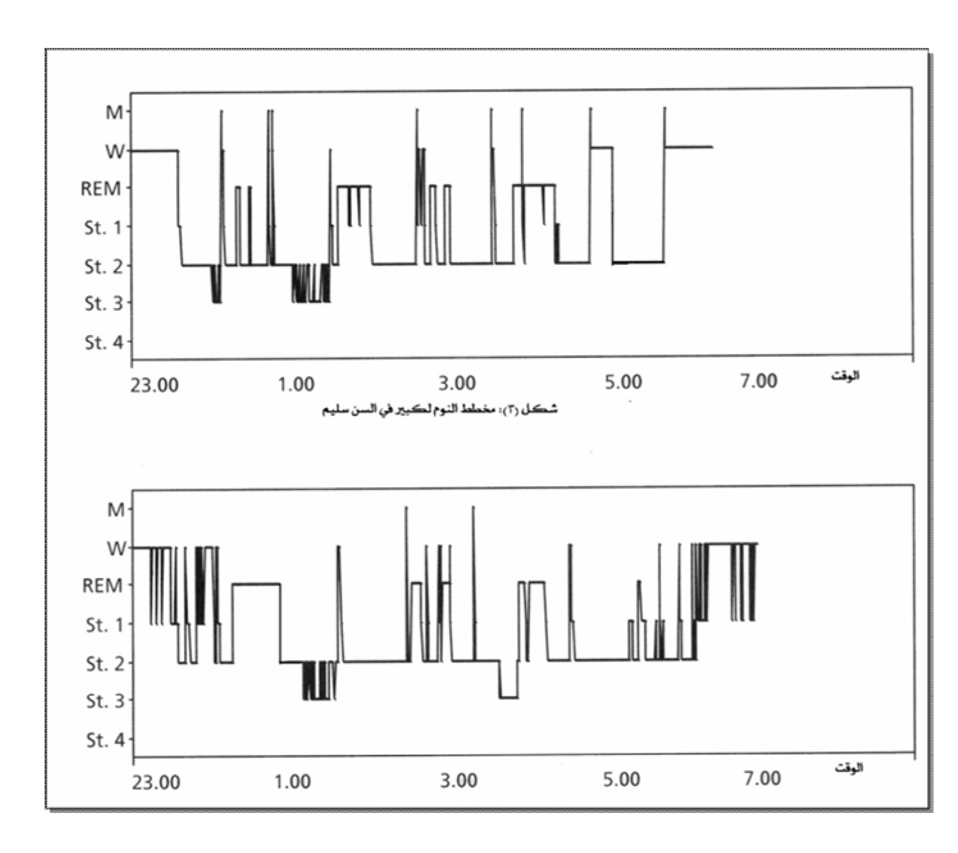


شكل (2) هيبنوغرام شاب سليم

ويظهر مخطط النوم (الهبنوغرام) مجرى ليلة لرسم مكون من ثمان ساعات. ويمثل الخط الثخين في الرسم نتيجة تقييم للرسم الدماغي EEG ورسم العين EOG والعضلي EMG. وظهر أن نوم الإنسان الشاب السليم يكون على نحو أنه بعد فترة قصيرة من الاستلقاء في السرير يبدأ النوم وذلك من خلال أن الفرد المعني يهبط من المرحلة الأولى بسرعة إلى المرحلة الثانية وأخيراً للثالثة، والرابعة، التي تمثل مرحلة النوم العميق. وبعد حوالي الساعة والنصف يلاحظ ظهور مرحلة حركات العين السرعة REM. وهي تشير في الوقت نفسه إلى نهاية الطور الأول من النوم. ويعقب ذلك في الليلة الواحدة بين 3-4 أطوار. ويظهر النوم بالنتيجة صورة إيقاعية، يحصل فيها في البداية نوم عميق بشكل متزايد وفي ساعات الصباح الأولى زيادة في أطوار حركات العين السريعة. ويظهر

مخطط النوم لشاب سليم في بداية الليل نوم من نوع دلتا Delta (موجات دماغية) أكثر وتغيب تقريباً في ساعات الصباح الأولى. وفي النصف الثاني من الليل يتكرر ظهور نوم حركات العين السريعة.

وبالمقابل فإن النوم يخضع لتغيرات كثيرة، ليس في الحالة المرضية فحسب، وإنما مع التقدم في العمر. ويعرض الشكل (3) مخطط النوم لشخص كبير في السن. وهنا يخضع النوم لانقطاعات عديدة، تلاحظ حتى في النصف الأول من الليل، ويبدو نوم دلتا Delta أقل، وعدا عن قصر مرحلة حركات العين السريعة فإنه تلاحظ انقطاعات عديدة في النوم أيضاً.



الشكل (4) مخطط نوم لمريض باكتئاب أساسي

ويظهر الشكل (4) مخطط نوم لمريض باكتئاب أساسي. والسمة السائدة هنا هي الانقطاعات المتكررة أيضاً والتي يلاحظ أنها تبدأ هنا في بداية الليل، ويلاحظ كذلك بدء المرحلة الأولى من حركات العين السريعة في وقت مبكر جداً، الذي ينظر إليه بعض الباحثين على أنه مؤشر للاتجاه المرضي لوجود اكتئاب أساسي. والملفت للنظر في المخطط الموجود أن التنظيم "الصافي" لليل الملحوظ في حالة الإنسان الشاب السليم يبدو مدمراً إلى مدى بعيد بحيث أن هندسة النوم، أي التعاقب الإيقاعي للأطوار لا يظهر أي تسلسل "صاف".

والاختبارات متعددة المؤشرات طريقة مكلفة جداً للوقت والمال. وبهذا فإنه يتم طرح السؤال عن ملائمة الطرق التشخيصية حتى في مجال تشخيص اضطرابات النوم. إلا أنه مع الضغط الناجم عن مسألة التكاليف فقد وضع مركز جمعية اضطرابات النوم (1979) توجيهات [تعليمات] بمحكات منطقية ينبغي أن يتبعها استخدام الاختبار متعدد المؤشرات.

وهذه النصائح هي تعبير عن محكات علمية وتأثيرات تخصصية سياسية (العصبية مقابل الطب النفسي على سبيل المثال) ووجهات نظر الممولين، أي صناديق الضمان الصحي. وعن ذلك ينجم أيضاً أن شجرة القرارات هذه في البلدان المختلفة تبدي فروعاً مختلفة بل حتى أغضاناً مختلفة. وعلى الرغم من أن مستوى العلم لا يقف عند الحدود المحلية فإن المنظمات الرسمية المعنية مختلفة الأهمية، وبشكل خاص لأن متحملي التكاليف يمارسون تأثيراً، مرة كبيراً ومرة قليلاً، على الدراسات المفيدة علمياً.

ويظهر الشكل (5) عرضاً تخطيطياً في عملية الدلائل Indication process فيما يتعلق باستخدام الاختبار متعدد المؤشرات.

السبر Exploration
الصورة المرضية (الشكاوى)
المنشأ فحص بالاستبيانات

التشخيص واضح

التشخيص غير واضح

- اضطراب نوم متعلق بالتنفس
- الإيقاع الدوري
- الرجل غير المستقرة
- النفض العضلي
- اضطراب نوم REM

- أرق أساسي
- فرط نوم أساسي
- خدار
- عسر نوم (من دون 3 و 4)
- نوم شاذ من دون (5)
- اضطرابات نوم
- ارتباط مع اضطراب نفسي آخر
- اضطراب نوم مرتبط بوضع طبي
- آخر
- اضطراب نوم ناتج عن المواد

اختبار متعدد المؤشرات PSG1

التشخيص واضح

التشخيص غير واضح

التخطيط للعلاج

PSG2 (resp.1)

التخطيط للعلاج
(دوائى/سلوكى)

غير فاعل

التشخيص

واضح

غير واضح

فاعل

نهاية العلاج

شكل (5): دلائل عمل الاختبار متعدد المؤشرات

ويظهر أن الدلائل على فاعلية الاختبار متعدد المؤشرات لا يمكن استخدامها إلا ضمن ظروف معينة. وهذه الظروف عندما لا يتم التمكن في السبر من الحصول على توضيح حول التشخيص أو عندما تشير الدلائل إلى أشكال معينة من اضطرابات النوم. أي عندما يتعلق الأمر باضطرابات نوم متعلقة بالتنفس واضطرابات إيقاع دوري ومتلازمة "الرجل غير المستقرة (متلازمة السيقان القلقة restless legs-Syndrome) والنفض العضلي واضطراب نوم متعلق بمرحلة حركات العين السريعة. وحتى في هذه الحال فإن دلائل الاختبار متعدد المؤشرات تكون متوفرة. أما في الحالات الأخرى الباقية فإنه يتم التقييم والتخطيط للعلاج في النهاية بناء على السبر Exploration.

5.5 الفحص الجسدي

إذا ما ظهر من تاريخ المرض والسبر مؤشرات على وجود أسباب جسدية لاضطراب النوم (تهدمية جسدية، عضلية عصبية، وعائية قلبية، رئوية، غددية، روماتزمية على سبيل المثال) فيكون الفحص الجسدي ضرورياً. وهي بالدرجة الأولى فحوصات عصبية وباطنية يقوم بإجرائها شخص متخصص. وفي الأقسام المتخصصة بطب النوم فإنه يتم إجراء هذه الفحوصات بشكل روتيني بالأصل.

5.6 صفحات مفيدة

يحتوي الموقع www.dgsm.de على دفاتر يوميات ومقياس إيبورث للنعاس ومقياس مؤشر بيتسبورغ لنوعية النوم بالإضافة إلى معلومات واسعة من البحث والممارسة في طب النوم.

ويتضمن موقع www.schlafgestoert.de معارف تخصصية حول النوم. وتتضمن الصفحة المصممة بشكل جيد إلى جانب دفتر يوميات النوم مقياس ايبورث للنعاس ومقياس مؤشر بيتسبورغ لنوعية النوم مع دليل التقييم.

6- رؤى مستقبلية

تقع اضطرابات النوم في التقاطع بين مجالات علمية مختلفة، وهنا لا يلتقي علم النفس والطب النفسي مع بعضهما "فقط" - كما هو الحال في اضطرابات نفسية أخرى كثيرة، وإنما كذلك يعد الطب التقليدي كالعصبية والصدرية على درجة من الأهمية في تشخيص صور مرضية معينة. وقد تكون نقطة التقاطع هذه هي المميزة لتطور الدراسات في اضطرابات النوم.

بالمقابل يظل من المهم بالنسبة للممارسين أن يمتلكوا معارف نسولوجية جيدة كي يكونوا قادرين على الحصول على المعلومات المهمة عن طريق السبر من أجل التشخيص والعلاج؛ والتحويل إلى متخصص؛ والتحويل إلى مختبر للنوم.

ومع كل التطور في تقنيات الأجهزة الطبية فإن الحصص الأساسية لن تتغير بشكل جوهري. وسوف تشكل اضطرابات النوم الأساسية واضطرابات النوم في سياق اضطرابات نفسية أخرى الجزء الأكبر في المستقبل من كل مرضى اضطرابات النوم، يعقبهم مرضى انقطاع النفس. ويعد امتلاك المعرفة التشخيصية اللازمة في هذه المجالات من الاضطرابات بالنسبة للممارسين أمر ضروري من أجل التعرف على مواضع الشك منذ البداية عند سبر تاريخ المرض. بالمقابل فإن النقاش بين المتخصصين حول مزيد من التفريق للخدار في مجموعات مختلفة من الفحص مهم بالنسبة للممارسين.

ويشكل مرضى اضطرابات النوم جزءاً كبيراً من مراجعي العيادات العامة. وغالباً ما يعاني مرضى باضطرابات نفسية من اضطرابات النوم أيضاً. وتوضح نتائج أبحاث أحدث حول العواقب وما يرتبط بذلك من تكاليف أهمية التعرف المبكر على اضطرابات النوم وعلاجها. كما سيكون امتلاك معرفة تشخيصية وتدخلية ضرورة في المستقبل من أجل ضمان تعرف مبكر قدر الإمكان على صور الاضطراب وإجراء معالجة صحيحة مهنياً للمعنيين.

صفحة زوجية فارغة

30- الاضطرابات الجنسية الوظيفية

هيرثا ريشتر-أبيلت Hertha Richter-Appelth

1-مدخل

يمكن للمشكلات في مجال الجنسية أن تأخذ أشكالاً متعددة. ولا يجوز وصف السلوك والخبرة أو الأضرار فيهما على أنها مضطربة إلا إذا كان الشخص المعني نفسه أو الآخرون الذين على اتصال مباشر مع الشخص المعني يعانون منها. ويمكن لاضطراب القدرة الوظيفية الجنسية أن يكون استجابة ملائمة على ظروف حياتية؛ وعلى التشخيص المُجْرَى أن يوضح فيها إذا كان العلاج ضرورياً [دالاً indicate] أم لا. وينادي كل من بانكروفت ولوفتوس ولونغ (2003) بالتفريق بين المشكلات الجنسية والاضطرابات الجنسية ذات القيمة المرضية. ويقود التفريق بين اضطرابات الوظائف الجنسية Sexual Function Disorders، باعتبارها تضررات ذات منشأ نفسي والعطب

الجنسي الوظيفي Sexual Dysfunction، كنتيجة لعدد كبير من التقييدات الجسدية أو الخارجية المرتبطة بالمواد في المحيط الناطق بالألمانية (أنظر أدناه) إلى نوع من التشتت بسبب التسمية العامة "للعطب الجنسي الوظيفي Sexual Dysfunction" في المحيط الناطق بالإنجليزية (قارن Sigusch,2001b).

مثال حالة:

في الاتصال الأول ذكر الزوج أنه قد اعتنى لأكثر من نصف سنة بزوجته التي كانت مريضة بسرطان الثدي، ورافقها أثناء احتضارها. لقد عاشا عبر سنوات زواجهما في سعادة وكانت حياتهما الجنسية خالية من المشكلات. ولكن وبعد أن ظهر المرض على زوجته تراجعت قدرته على الشهوة الجنسية إلى حد ما وهو أمر لم يلفت نظر زوجته في البداية كونها كانت قد انسحبت بشدة بالأصل.

وبعد نصف سنة من موت زوجته تعرف على شريكة جديدة، وتقاربا جنسياً بحذر شديد، ذلك أنها كانت قد عانت مؤخراً من ضربة قدر شديدة أيضاً. وفي أول محاولة اتصال جنسي تراجعت الاستثارة بشكل مفاجئ وذلك عندما أراد إيلاج القضيب. فقد تذكر في هذه اللحظة زوجته المتوفاة وشعر بالذنب تجاهها لأنه يخونها. إلا أنه بعد بضعة أسابيع تراجع هذا الهوام وتجاوز الرجل موت زوجته إلى مدى كبير بحيث أنه اندمج مع شريكته الجديدة.

يتعلق الأمر هنا بضرر أو أذى في الوظيفة الجنسية ليس لها أية قيمة مرضية. إلا أنه لو أن الرجل لم يتمكن بعد وقت مقبول من الحداد من ممارسة الجنس ثانية فإنه يمكن حينئذ الحديث عن اضطراب وظيفة جنسية بعد فقدان غير مواجه بشكل ملائم.

وفي كل من الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يتم تصنيف الأعراض في مجال الجنسية النفسية Psychosexuality ضمن اضطرابات كل من:

- الوظائف الجنسية

- التفضيل الجنسي[1] (الشذوذ الجنسي Paraphilia)
- الهوية الجنسية (التحول الجنسي Trans sexuality)

أما تأذي القدرة على الإنجاب فلا تصنف في منظومات التشخيص ضمن اضطرابات الوظائف الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية.

وحالياً يتم احتساب الاضطرابات الناجمة عن الانصدامات الجنسية ضمن الاضطرابات الجنسية، إلا أن الإساءة الجنسية [الاستغلال الجنسي] ليس تشخيصاً بحد ذاته Richter-(Appelth,1997)

أما الحقيقة المتمثلة في أن الأداء الجنسي Sexual functioning بحد ذاته ليس علامة على الصحة الجنسية بعد وأن ظهور اضطراب وظيفي جنسي ليس بالضرورة أن يكون علامة على الاضطراب النفسي، فلا زالت لا تلقى الكثير من الاهتمام في تصنيف الاضطرابات الجنسية. ومن هنا فإن منظمة الصحة العالمية قد عرفت "الصحة الجنسية" بشكل منفصل عن اضطرابات الوظائف الجنسية. "فالصحة الجنسية هي حالة من الصحة [العافية Well being] الاجتماعية والذهنية والانفعالية والجسدية فيما يتعلق بالجنسية. وهي لا تعني أساساً غياب المرض الجسدي والخلل الوظيفي [العطب Dysfunction] أو الإعاقة. وتتطلب الصحة الجنسية تعاملاً إيجابياً ومحترماً مع الجنسية والعلاقات الجنسية وإمكانية الخبرات الجنسية الآمنة والممتعة المتحررة من القمع والتمييز والعنف. ومن أجل تحقيق الصحة الجنسية والحفاظ على استمراريتها لابد من احترام الحقوق الجنسية للأشخاص المشاركين والحفاظ عليها وتحقيقها" (WHO,2006, P.4).

وسنتعرض في هذا الفصل إلى اضطرابات الوظائف الجنسية بشكل أقرب، وليس لاضطرابات التفضيل الجنسي واضطرابات الهوية الجنسية.

---

(1) ويسمى كذلك الخَطَلُ الجِنْسِيّ.

2- أشكال تجلي وحصول اضطرابات الوظائف الجنسية

2.1 الوصف

يقصد باضطرابات الوظائف الجنسية وجود خلل في القدرة الوظيفية الجنسية عند الممارسة الجنسية (الغيرية) في الإيلاج penetration. ويتم التحديد الإجرائي لاضطرابات الوظائف الجنسية وفق نموذج استثارة خطي، يسترشد بالمجرى الزمني للممارسة الجنسية (دورة الاستجابة الجنسية وفق ماسترز وجونسون 1966). فقد وصف ماسترز وجونسون غياب أو انخفاض التوق الجنسي أو الإعاقة عند الجماع في الإيلاج أو غياب التحكم بحصول الرعشة أو القذف أو الألم غير الناجم عن سبب جسدي عند الجماع ونقص الرضا حتى في الجماع الخالي من المشكلات. إلا أنه قد تم في السنوات الأخيرة انتقاد هذا المبدأ الخطي أو التشكيك به ككل. وبشكل خاص فقد تم نقاش تعقد المواقف المثيرة للتوق الجنسي والقابلية الجنسية للاستثارة بشكل شديد الانتقاد وكذلك تداخل المراحل المختلفة (على سبيل المثال Basson, Althof, David, Fugl-Meyert & Goldstein, 2004). وعلية فمن الممكن أن تكون هناك أسباب كثيرة للنساء للقيام بنشاطات جنسية للتعبير عن الميل لشريك أو للرغبة في الاستثارة الجنسية أو للقرب الجنسي أو لإرضاء الشريك على سبيل المثال، فالدوافع والرغبات للأفعال الجنسية تكتسب أهمية مطردة ولابد من أخذها بعين الاعتبار سواء بالنسبة للتشخيص التقليدي أم للتشخيص القائم على التعديل.

وفي مجموعة الأعراض F52 من الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 ("اضطرابات الوظائف الجنسية غير المتسببة من خلال اضطراب أو مرض عضوي") تم وصف تلك الاضطرابات الجنسية الوظيفية غير الناجمة عن اضطراب أو مرض عضوي. ويميز سيغوش (Sigusch, 2001a) بين الأعطاب الجنسية Dysfunction في الأعراض الناجمة في الغالب عن أسباب جسدية واضطرابات الوظائف الجنسية functional Sexual Disorders في خلل الوظائف الجنسية الناجم عن عوامل نفسية.

وسوف لن نتعرض في هذا المجال للأسس البيولوجية للوظائف الجنسية واضطراباتها. ومؤخراً ازداد نقاش الارتباط بين الوظائف الجنسية والهرمونات وقد قدم كل من غولدشتاين وترايش وكيم ومو ناريس (Goldstein, Traish, Kim & Munarriz, 2004) عرضاً جدياً لأهمية الهرمونات لدى المرأة وبونسون (Bonson, 1994) لدى الرجل. كما يوجد عرض حول فيزيولوجية اضطرابات الوظائف الجنسية لدى الرجل لدى كل من كانديل وكاوسا وسويردلوف (Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001).

ولا يراعي تصنيف اضطرابات الوظائف الجنسية علاقة شريك الشخص المعني. ويمكن للتشخيص أن يعطى سواء في العلاقة الجنسية العابرة الناجمة عن الصدفة أم في علاقة زوجية ثابتة أو حتى في بعض الحالات من دون وجود علاقة زوجية أو حتى من دون وجود اتصالات.

ويمكن لاضطرابات الوظيفة الجنسية أن ترجع بالأصل لاضطرابات جسدية أو نفسية على حد سواء. إلا أنه يمكن للمرء الانطلاق من أن للخلل في الجنسية آثار نفسية أيضاً. وفي حين أنه في سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين قد تم الانطلاق من أن حوالي 80٪ من اضطرابات الوظيفة الجنسية ذات منشأ نفسي وبشكل خاص لدى الرجال فإنه قد بدأت في السنوات الأخيرة تولى للعوامل الجسدية دوراً أكبر. إلا أنه المبالغة في تقدير العوامل النفسية أو التأكيد الأكبر على العوامل الجسمية لن يفي ظاهرة اضطرابات الوظائف الجنسية حقها

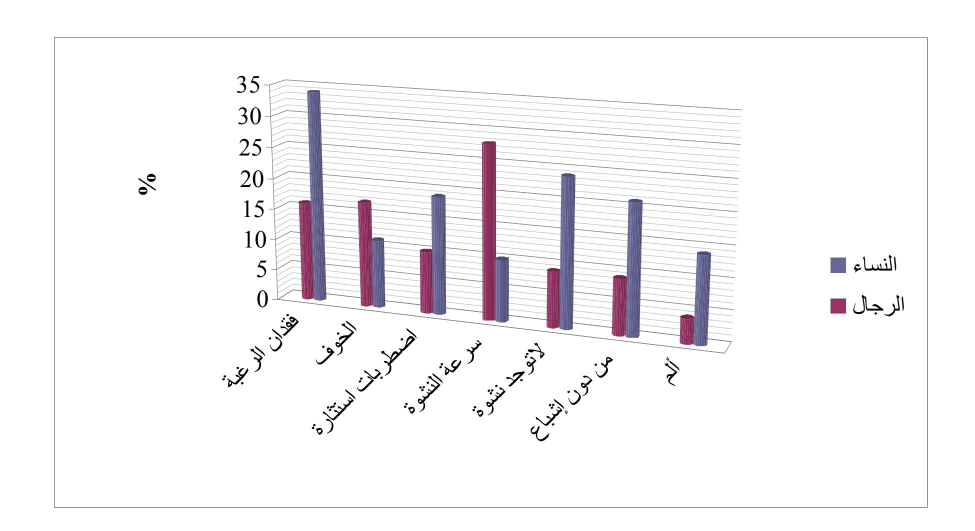
ويمكن للاضطرابات الجنسية أن تظهر في الأنماط المختلفة من الشخصية ولابد دائماً من ربطها بها. والوظيفة الجنسية غير المضطربة ليست علامة بحد ذاتها للجنسية الباعثة على الرضا (لنتأمل الاغتصاب على سبيل المثال) ومن الممكن ألا تكون هذه الوظيفة غير المضطربة مؤشراً على استواء الشخصية. من ناحية أخرى فإن اضطراب الوظيفة الجنسية قد يكون استجابة مناسبة لموقف (بعد موت الشريك على سبيل المثال) وليس له أهمية وقيمة مرضية في كل حال. ومن هنا فإنه من المفيد التمييز بين المظاهر الفيزيولوجية

والنفسية للاستثارة الجنسية. ومن أجل تصنيف الظاهرة كاضطراب فلابد أن يكون المعني أو المعنية واقعان تحت ضغط المعاناة وذلك فيما يتعلق بكل اضطرابات الوظائف الجنسية.

بالإضافة إلى استخلاص وجود اضطرابات جنسية وظيفية راهنة لابد من الحصول على معلومات حول الظروف التي ظهر أو يظهر الاضطراب ضمنها. فإذا ظهرت عموماً في أولى الاتصالات الجنسية فقط، فإنها توصف هنا بالأولية initial. وهذه الحالة غالباً ما تلاحظ لدى الشبان، ولا يجوز هنا الحديث هنا عن اضطراب بعد. فإذا ما كان الخلل في الوظائف الجنسية قائماً منذ البداية فإننا نتحدث عن اضطرابات أساسية Primary، وإذا ما ظهرت بعد فترة من التفاعل الجنسي غير المضطرب فيتم تصنيفها على أنها اضطرابات ثانوية secondary. وهناك وجهة نظر أخرى في التشخيص التفريقي تتمثل في السؤال فيما إذا كان الخلل حاداً أم مزمناً وأخيراً عن مدى أهمية العوامل الموقفية وبشكل خاص المتعلقة بالشريك.

2.2 الجائحة

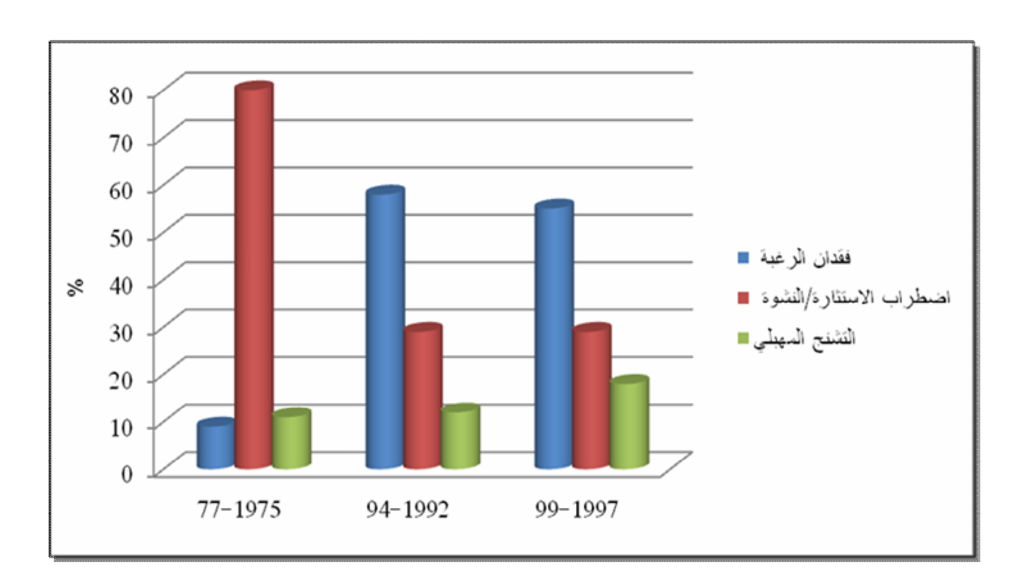
في دراسات ممثلة للسكان وإكلينيكية أمكن وبشكل متكرر إظهار أن ظاهرة اضطرابات الوظائف الجنسية ظاهرة منتشرة بشكل واسع. وهنا لابد بالدرجة الأولى من توضيح متى يمكننا الحديث بالفعل عن مشكلة ذات قيمة مرضية (Bancroft et al., 2003; Matthiesen & Hauch,2004). ففي كثير من الحالات تم السؤال عن المشكلات الجنسية في الأسابيع الأربعة الأخيرة ومن المشكوك به إلى أي مدى يمكن تعميم مثل هذا النوع من المقولات على عينات إكلينيكية. فقد قام كل من لاومان وغاغنون وميشائيل وميشائيلز (Laumann, Gagnon, Michael & Michaels,1994) أو لاومان وبياك وروزن (Laumann, Paik & Rosen,1999) في الولايات المتحدة الأمريكية في إطار دراسات ممثلة لحوالي (3000) شخص من السكان عموماً بطرح السؤال عن المشكلات الجنسية في الأشهر الـ 12 الأخيرة ووجدوا المشكلة لدى النساء هي فقدان الرغبة والمشكلات لدى الذكور هي النشوة أو القذف المبكر (أنظر الشكل 1).



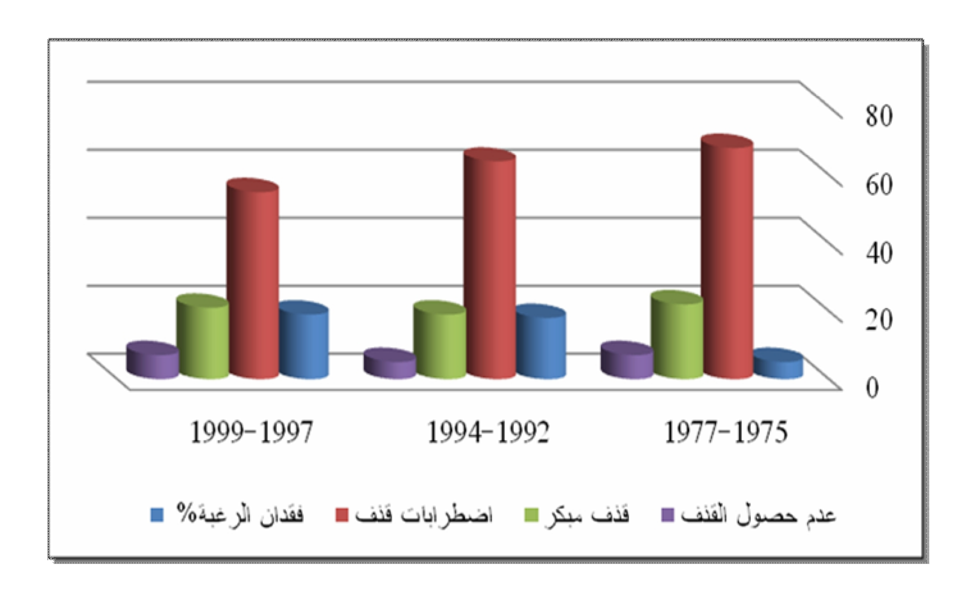
الشكل(1)تكرار الاضطرابات والمشكلات الجنسية خلال الأشهر 12 الأخيرة عن لاومان، 1994؛ ن=3432

إلا أن لاومان قد بين لاحقاً (Laumann & Kang,2005) أنه كان لابد لهذه الدراسة أن تأخذ بعين الاعتبار أكثر العوامل الثقافية الاجتماعية ومسائل المنبت "لاتيني" أو "أبيض").

وفي مراجعة حول انتشار الاضطرابات الوظيفية الجنسية يعيب سيمونس وكاري (Simons & Carey,2001) المشكلات الطرائقية لكثير من الدراسات. فغالباً ليس من الواضح فيما إذا كانت تسأل عن مشكلات جنسية أم عن اضطرابات جنسية ذات قيمة مرضية. كما أن التشخيص قد تغير في العقود الأخيرة وبشكل خاص فيما يتعلق بالنساء. ففي حين أنه قد تم في سبعينيات القرن العشرين منح النشوة Orgasmالأنثوية أهمية كبيرة وذلك قياساً على الجنسية الذكورية فإن فقدان الرغبة تحتل في السنوات الأخيرة مركز الصدارة. ويمكن أن يعزى هذا لتحسن الوعي لدى الجمهور وكذلك إلى النظرة المتغيرة للجنسية من خلال المعالجين. وقد وصف شميدت (Schmidt,2001) كيف تغير المراجعون لمستوصف قسم البحث الجنسي في هامبورغ عبر العقود (الشكل 2 و3).



شكل (2) تغيرات الاضطرابات الجنسية لدى النساء (عن شميدت، 2001)



شكل (3) تغيرات الاضطرابات الجنسية لدى الرجال (عن شميدت، 2001)

ففي حين أن تكرار اضطرابات النشوة والاستثارة لدى النساء قد تناقصت بين سبعينيات وتسعينيات القرن العشرين وتزايد عدم الرغبة بالمقابل، لم يتم التمكن من ملاحظة تغيرات كبيرة لدى الرجال، مع العلم أن اضطرابات القذف قد تراجعت وأن فقدان الرغبة قد ازداد.

3- التشخيص التصنيفي

يتم تقسيم اضطرابات الوظائف الجنسية بالاستناد إلى مجرى دورة الاستجابة الجنسية وفق ماسترز وجونسون (1966) أو حسب الممارسة الجنسية. ويتم الاستناد هنا إلى الممارسة الجنسية الغيرية، إلا أن الاضطرابات الوظيفية الجنسية يمكن أن تظهر في الجنسية المثلية أيضاً، ويتم التفريق بين اضطرابات الرجل والمرأة زمنياً بشكل مطابق، وتظهر لدى كلا الجنسين، باستثناء التشنج المهبلي الخاص بالنساء فقط والاضطرابات المتعلقة بالقذف الخاصة بالرجال فقط (قارن Fagan, 2004; Gromus, 2002; Hauch, 2006; Hoyndorf, 2005; Fahrner, 2004; Marthol & Hilz, 2004; Richter-Appelt, 2007; Sowers, Rowe & McCarter, 2005)

وينبغي التفريق لدى الرجل بين النشوة والقذف، ذلك أنه قد توجد نشوة من دون قذف وقذف من دون نشوة (وبشكل خاص تحت تأثير الأدوية النفسية، إلا أنه يتم في منظومات التشخيص العالمية استخدام المفهومين بشكل مترادف)

وبداية لابد من الإشارة إلى أن إلى أن تشخيص الوظيفة الجنسية غالباً ما يقتصر على شخص ولا يمثل تشخيصاً للتفاعل الجنسي. وربما يقود هذا إلى طرح مقولة مساء فهمها حول الشخص الفرد. وعليه يمكن أن يكون فقدان الرغبة لدى المرأة ناجماً عن سرعة القذف عند الرجل. كما أنه غالباً ما تم في سبعينيات القرن العشرين تشخيص اضطراب الرعشة عند المرأة من دون أخذ مدة الاستثارة من خلال الرجل بعين الاعتبار. وفي كثير من المجالات الأخرى كالذهانات أو الاكتئابات أو في الشذوذ الجنسي

واضطرابات الهوية الجنسية فإن تشخيص الفرد مبرر هنا. ولكن بما أن اضطرابات الوظائف الجنسية غالباً ما تقوم على مواقف تفاعلية فلا يجوز إهمال هذه المواقف التفاعلية في التصنيفات المقرة عالمياً. ولا يتوفر حتى الآن تصنيف عالمي لاضطرابات التفاعل الجنسي. والشروط المصاغة في الدي.أس.أم.DSM-IV-TR للاضطراب الجنسي والمتمثلة في أن هذا الاضطراب لابد وأن يقود إلى معاناة واضحة أو صعوبات بين إنسانية لا تكفي للإحاطة بالمظهر التفاعلي. فالوصف الدقيق للسلوك والإحاطة بالمشاعر المرتبطة بذلك والهوامات والخبرات هي وحدها القادرة على تقديم طروحات إلى حد ما حول نوعية التفاعل الجنسي وظروف الاستمرارية وآلياتها.

مثال حالة:

حضر مريض للعيادة بسبب فقدان الرغبة. إنه متزوج منذ سبع سنوات وقلما لديه اهتمام بالجنسية المشتركة ويفضل الذهاب للنوم أو مشاهدة التلفزيون. وحتى الآن فإن المبادرة للجنس لم تظهر إلا من زوجته، فتبدو وكأنها "تشحذ" ويرضخ هو لذلك. فيما بعد أصبحت الجنسية مطردة المتعة بما في ذلك أيضاً المداعبات القبلية وتمكن من الاستمتاع – على حد قوله–. ليس لديه مشكلات في القذف أو ألم ويصل للنشوة بسهولة أيضاً. وكان يمارس الإشباع الذاتي مرة في الأسبوع تقريباً باستخدام "صور جنسية غيرية" لم تعرف عنها الزوجة شيئاً. وفي هذه الأثناء لم تعد للزوجة رغبة للمبادرة وغالباً ما حصلت خلافات. كلاهما أصبح ينهض مبكراً جداً ويعمل كثيراً، بحيث أنه لم يعد يشعر من التعب مدى حاجته الجنسية. إلا أنه يخشى من فقدان زوجته ولهذا طلب المساعدة.

يمكن أن يكون سبب تأذي المقدرة عضوياً، وبشكل خاص عندما يكون قائماً منذ البداية أو تظهر بشكل متخفف أو فجأة من دون سبب واضح. وغالباً ما تظهر بعد

أحداث حياتية حاسمة، من نحو بعد ولادة طفل أو فقدان شخص مهم أو ظهور مرض والذي ليس بالضرورة له أن يكون على علاقة بالجنسية. كما يمكن أن يلاحظ بنتيجة تأثير دوائي.

النفور الجنسي (F52.10)

يقصد بالنفور الجنسي كره للاتصال الجنسي التناسلي مع شريك جنسي وما يرتبط بذلك من تجنب لمثل تلك المواقف مع وجود ضغط في المعاناة عند المعني أو شريكه ، وغالباً ما تترافق هذه المشكلة مع صعوبة في جعل الشريك يلمس شريكه جسدياً.

الإشباع الجنسي الناقص (F52.11)

في اضطراب الإشباع الجنسي لا تقود الأفعال الجنسية إلى تحقيق الإشباع الجنسي على الرغم من وجود قدرة غير مضطربة للاستجابة الجنسية ولا في القدرة الجنسية ولا في القدرة على الممارسة الجنسية.

وفي هذا النوع من الاضطرابات بالتحديد يتضح التفريق بين الأجزاء الفيزيولوجية والنفسية للاستثارة الجنسية. وغالباً ما يلاحظ هذا الاضطراب بعد "خيانة زوجية" وعندئذ فإن السؤال المطروح هنا متى يفترض الحديث هنا عن اضطراب جنسي أم لا.

فشل استجابة الأعضاء الجنسية

تم تصنيف اضطرابات الاستثارة للمرأة واضطرابات الانتصاب عند الرجل تحت F52.2 في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10.

اضطراب الاستثارة الجنسية لدى المرأة F52.2

يقصد باضطراب الاستثارة الجنسية للمرأة عدم القدرة المستمرة أو المتكررة على تحقيق انزلاقية كافية adequate Lubrication (ترطيب المهبل) وانتفاخ الأعضاء الجنسية

الخارجية عند الاستثارة الجنسية. وغالباً ما يتعلق الأمر هنا بكبح [كف] ناجم عن سبب نفسي لقابلية الاستثارة الجنسية، يمكن تفسيرها من خلال سياق الحياة. إلا أن السبب قد يكون هرمونياً ، في سياق اضطرابات الهرمونات المرتبطة بالدورة على سبيل المثال أو في تغير مستوى الهرمونات في السن الحرجة cilmacterium [ما يسمى خطأً بسن اليأس] أو بنتيجة تناول مستحضرات هرمونية معينة. كما يمكن لأمراض الفرج vulva عند المرأة أن تقود لاضطرابات استثارة جنسية (Richter-Appelt & Karg,2005).

اضطراب الانتصاب لدى الرجل F52.2

يقصد باضطراب الانتصاب لدى الرجل عدم القدرة المستمرة أو المتكررة على تحقيق الانتصاب الكافي أو الاستمرار بالحفاظ على الانتصاب حتى نهاية الفعل الجنسي. وفي هذا النوع من الاضطرابات بالتحديد من الضروري عمل تشخيص تفريقي للأسباب العضوية. ولابد هنا من أخذ استقصاء الانتصاب الليلي والصباحي والقدرة على الانتصاب أثناء الإشباع الذاتي والخبرات الجنسية الممكنة القائمة خارج العلاقة الزوجية بعين الاعتبار. فإذا ما تعلق الأمر هنا بعدم انتصاب كلي في كل المواقف فلا بد من إجراء تشخيص طبي عضوي؟ فإذا لم يكن الاضطراب يظهر سوى مع الشريك ، فإن الاحتمال الأكبر أن الأمر يتعلق باضطراب انتصاب نفسي المنشأ. كما لابد من أخذ التأثيرات الجانبية للأدوية والأمراض الأخرى بعين الاعتبار.

اضطرابات النشوة الأنثوية F52.3

يقصد باضطراب النشوة orgasm الأنثوية التأخر المستمر أو المتكرر للنشوة أو عدم حصولها بالمرة بعد مرحلة طبيعية من الاستثارة. وينبغي لصورة الاضطراب أن تسبب معاناة واضحة أو صعوبات بين إنسانية.

ويعد البظر عند المرأة أهم عضو جنسي بالنسبة لخبرة الاستثارة الجنسية. وينبغي عدم تصنيف النشوة الحاصلة عن طريق استثارة البظر لوحده على أنها اضطراب نشوة

بأي شكل من الأشكال. وليس من النادر أن يكمن خلف مثل هذا النوع من الإشكالية تصور غير واقعي للجنسية الأنثوية أو للشريك، حيث يعاش عدم إيصال المرأة للرعشة من خلال إيلاج العضو الذكري في المهبل، وإنما من خلال مداعبة البظر أثناء العملية الجنسية، على شكل إهانة نرجسية. ومن النادر جداً أن تكون اضطرابات النشوة لدى المرأة ناجمة عن سبب عضوي، بل أنها تظهر كعلامة للكف الجنسي أو نتيجة للخبرات الصادمة.

اضطرابات النشوة الذكورية F52.3

يقصد باضطرابات النشوة الذكورية التأخر المتكرر أو المستمر للنشوة أو غيابها الكامل بعد نمو جنسي طبيعي. ويقصد هنا بالتحديد غياب القذف والنشوة، ومن هنا فإنه غالباً ما تطلق على هذا الاضطراب تسمية عجز القذف ejaculation deficiency.

القذف المبكر F52.4

يقصد بالقذف المبكر Ejaculatio praecox البدء المتكرر أو المستمر (للنشوة) والقذف عند الاستثارة اليدوية قبل الإيلاج(قبل الباب ante Portas) أو بعده بقليل وقبل الوقت الذي يتمناه الشخص.

وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب غالباً ما يظهر فلابد من تشخيصه في كل الأحوال بشكل منفصل. ويتعلق الأمر هنا بمشكلة تعد من أكثر المشكلات ملاحظة لدى الرجال، والتي تلاحظ إكلينيكياً بشكل خاص لدى الشبان وتتناقص مع تقدم العمر. ففي عينة غير إكلينيكية أشار 28٪ من الرجال المسؤولين بأنهم قد عانوا من هذه المشكلة (Laumann et al., 1994) .

التشنج المهبلي (غير الناجم عن عامل طبي؛ F52.5)

يقصد بالتشنج المهبلي Vaginism الانكماش contraction اللاإرادي المتكرر أو المستمر

للعضلات الفرجية perineal في الثلث الخارجي للمهبل، وذلك عندما تحصل محاولة إيلاج penetration بالقضيب أو الأصبع أو حشوة قطنية أو منظار طبي. وهذه الحالة ليست ناجمة عن ألم من خلال اللمس أو استثارة الجلد وإنما ناجمة عن تضيق المهبل.

ومن المهم هنا بشكل خاص الانتباه إلى أن النساء اللواتي لديهن أعراض تشنج مهبلي لا يعانين من فقدان الرغبة في العادة، ويعشن في علاقة زوجية قائمة منذ مدة طويلة ويعشن حياة جنسية نشطة بالأشكال الأخرى من الجنسية (المداعبة petting). وغالباً ما لا يلجأ الأزواج ممن يعانون من مثل هذا النوع من المشكلات بداية للمساعدة العلاجية إلا عندما تكون لديهم رغبة في الإنجاب. وهذه الأعراض هي دائماً ذات سبب نفسي. وعادة ما تقود الخبرات الواقعية في سياق الأساليب التدريبية في صيغة خفض الحساسية المنتظم إلى التحسن. وتصف المراجع هنا الاستخدام المتكرر لقضيب هيجار[1] كأداة مساعدة مهمة. إلا أنه لا بد من أخذ المخاوف من الإيلاج والجرح كأعراض مرافقة بعين الاعتبار.

عسر الجماع (غير الناجم عن سبب طبي)

يقصد بعسر الجماع dyspareunia الألم في العضو الجنسي المترافق مع ممارسة الجنس. ويتعلق الأمر هنا بألم يظهر مباشرة بعد الإيلاج وليس ألماً منتشراً في منطقة الحوض وليس بالألم في سياق التشنج. ولابد من إجراء فحص طبي في هذه الصورة المرضية في كل الأحوال، من أجل استبعاد التهاب فطري، أو أمراض أخرى من نحو فيروس الورم الحليمي البشري [سرطان عنق الرحم Human Papilloma Virus] اختصار HP-Virus HP، الذي قد يكون معدياً أيضاً.

---

(1) Hegarstift is an easily curved staff out High-grade steel, a round cross section with defined diameter and one conical Point exhibits. The diameter of Hegarstiften amounts to up to 26 mm, smaller diameters is in gradations of 0.5 mm and/or. 1 mm available.

مثال حالة:

رغب زوج متزوج منذ خمس سنوات ويعرفان بعضهما منذ فترة أطول بالعلاج لأنهما لم يعودا قادران على ممارسة الجنس، ولديهما رغبة ملحة باطراد للإنجاب. أشارا إلى أنهما يعيشان حياة جنسية مكثفة وباعثة على الرضا، إلا أنهما قد تجنبا منذ بداية العلاقة ممارسة الجنس بعد محاولات عديدة في البداية.

أشارت المرأة أنها لم تكن طفلاً مرغوباً، وتخمن أن والديها قلما مارسا الجنس معاً بعد ولادتها. كان توضيح أمها لها حول الأمور الجنسية صادماً وشعرت بالقرف من دم الدورة الشهرية. ولديها خوف شديد من أن يسبب لها زوجها إصابات [يجرحها]، عندما يدخل عضوه في المهبل. ومع أنها لا تنظر لنفسها على أنها امرأة كاملة إلا أنها متأكدة أن زوجها لن يتخلى عنها، لأنه يتقبلها كما هي. أما هو فسرعان ما يستجيب بغيرة لكنه متأكد أن زوجته مخلصة له، لأنها تعاني من أعراض التشنج المهبلي.

التوق الجنسي المتزايد F52.7

ويقصد به تزايد الرغبة الجنسية، المرتبط نفسياً [سبب نفسي] ، ولا يظهر بنتيجة مرض (نفسي) آخر. ومن الناحية التشخيصية التفريقية فإنه من المهم اختبار فيما إذا كان الأمر يتعلق بسلوك من النوع الإدماني، أي تظهر انفجارات نزوعية أو عدوانية تجاه الآخر في حال عدم ممارسة الأفعال الجنسية. فإذا ظهر التوق الجنسي فجأة فلا بد من التفكير دائماً بوجود تغير ناجم عن سبب جسدي (بسبب سرطان محيط الكظر على سبيل المثال). ومع أن مثل هذه السلوكات غالباً ما نجدها لدى الرجال فإنها تلاحظ لدى النساء أيضاً.

3.1 الاختلاطية

يمكن للاضطرابات الجنسية إما أن تظهر نتيجة أمراض معينة أو تظهر مع أمراض معينة أو أن ترتبط بمعالجات طبية معينة.

فالاضطرابات الجنسية الوظيفية قد تظهر في سلسلة من الاضطرابات النفسية (قارن Heman,2002; West et al.,2004). ومن أكثر الاختلاطات نجدها مع الاضطرابات الوجدانية واضطرابات القلق عند النساء (Araujo et al., 1998; Dunn et al.,1999; Kessler et al.,1993; Segraves, 2002; van Lankveld & Grotjohan,2000).

كما نجد تكراراً لاضطرابات النشوة بالاختلاط مع تعاطي المرهوانة [القنب الهندي[1] marihuana] والكحول (Johnson et al., 2004; Richter-Appelt & Moldzio, 2005; Warner et al.,1995).

ويشير سيغوش (Sigush,2001b) إلى المجموعات التالية من الأسباب الجسدية الممكنة للاضطرابات الوظيفية الجنسية: الأمراض والإصابات العصبية، الأمراض الغددية والاستقلابية، الأمراض القلبية الوعائية، التشوهات التناسلية، الأمراض والإصابات والتدخلات الجراحية في مجال البطن والحوض والجهاز البولي، وسوء استخدام العقاقير والكحول. وفي بعض الحالات تظهر الاضطرابات الجنسية الوظيفية من خلال تغير التوازن الهرموني (في التليف الكبدي على سبيل المثال). كما يصف الباحثون اضطرابات جنسية وظيفية بنتيجة التدخلات الجراحية بعد استئصال الثدي mastectomy واستئصال الرحم hysterectomy على سبيل المثال.

وغالباً ما يتم في الممارسة العملية تجاهل التأثيرات الجانبية للأدوية كعوامل مساهمة في الاضطرابات الوظيفية الجنسية. ويشر سيغوش هنا (Sigush,2001b) إلى المجموعات التالية من الأدوية: أدوية القلب والدورة الدموية، وبشكل خاص مضادات الضغط hypertension، والأدوية النفسية ومضادات الهرمونات وأدوية المعدة والأمعاء والباركنسون وغيرها كثير.

(1) marijuana المارجوانا أو الماريوانا.

وفي غالبية الحالات يحصل انخفاض لليبيدو أو تباطؤ في القدرة على النشوة. كما يمكن أن يحصل تحت تأثير الأدوية قذف رجوعي[1] retrograde ejaculation الأمر الذي قد يسبب وبشكل خاص للمرضى الذهانيين اضطرابات في الأحاسيس الجسدية والارتباك.

وكثيراً ما تتم الإشارة بشكل خطأ إلى أن التعكر الاكتئابي يترافق مع انخفاض التوق الجنسي. أما الحالات القليلة التي يظهر لديها تزايد في الشهوة الجنسية (وبشكل خاص في سياق الشذوذ الجنسي Paraphilia) تحت التعكر الاكتئابي فغالباً ما يتم إهمالها.

ويمكن للمعالجين النفسيين الحصول على معلومات قيمة حول إمكانية التسبب الجسدي للخلل الوظيفي الجنسي لدى شارلتون وكواتمان (Charlton & Quatman, 1997)، ولدى هايم وشتراوس (Heim & Straus,2004) وريشتر-أبيلت وكارج (Richter=-Appelt & Karg,2005).

4- إجراء ومنهجية التشخيص القائم على التعديل

على عكس الكثير من الاضطرابات المحددة فإن سبر تاريخ المرض في الاضطرابات الوظيفية الجنسية يلعب دوراً مهماً في التشخيص القائم على التعديل. ففي حين يحتل سبر تاريخ المريض في مجالات الاضطرابات الأخرى أهمية هي أقرب ما تكون للمصادقة على الفرضيات Validation of Hypotheses التي يفترض لها أن تفسر الأعراض الراهنة فإنه ينبغي في الاضطرابات الوظيفية الجنسية أن تتم صياغة فهم شامل بشكل أكثر وضوحاً لتاريخ المرض وللظروف ككل. كما أن التدخلات لا تقوم

---

(1) حْدث القذف الرُجُوْعِيّ عندما يتم إعادة توجيه السائل المُراد قذفه، الذي يَخْرجُ عادة عن طريق الإحليل، نحو المثانة. طبيعيّاً، تنقبض مَصَرَّة المثانةَ وينطلق المنيّ إلى الإحليل نحو المنطقة الأقلّ ضغطاً. وفي القذف الرُجُوْعِيّ لا تقوم المصرّة بوظيفتها بالشكل الصحيح.

على العلاج السلوكي بشكل واضح بحيث أنه لا يمكننا الاكتفاء بتحليل السلوك بالمعنى الدقيق. يضاف إلى ذلك فإنه بسبب تحريم الموضوع فإنه ينصح بالتعامل بطريقة خاصة. وهذا ينطبق بشكل خاص على الجلسة الأولى أيضاً.

في الكتب التعليمية والأدلة العلاجية غالباً ما يتم جدولة المواضيع التي ينبغي الإشارة إليها في الجلسة الأولى (على سبيل المثال Arentewicz & Schmidt,1993; Kockott & Fahrner,2000; Schmidt,1993; Gromus,2002). ومن المهم التأكيد على أنه ليس بالضرورة الاستفسار عن كل المواضيع لدى المرضى كلهم، وإنما يتم انتقاء المواضيع وتسلسلها وتفاصيلها حسب شخصية وإشكالية المريض وتاريخ حياته وخبراته الحياتية. فإذا ما تحدثت مريضة ما على سبيل المثال على أنه قد أسيء استغلالها جنسياً، فإن إجراء تحليل للسلوك في الجلسة الأولى للموقف الصادم عادة ما يكون مؤذياً (مضاد استطباب contra indicate)، ذلك أن هذا قد يقود لإعادة الانصدام [تجديد الصدمة] (قارن Richter-Appelt & Moldzio,2004).

ومن هنا فإنه وعند تعلم سبر تاريخ الحياة فإنه ليس المهم فقط هو التغلب على المخاوف والكوابح الذاتية وجعل الأحكام المسبقة الذاتية مدركة والتعبير عنها، وإيجاد لغة خاصة من أجل الاستفسار عن المواضيع الصعبة في مجال الجنسية، بل كذلك تطوير محكات حول متى على المرء دعم مريض أو مريضة ما في الحديث بصراحة أكبر عن المشكلات الجنسية ومتى عليه أن يشير إلى مخاطر التعامل الصريح غير المحمي مع موضوع حميمي (على سبيل المثال في الشذوذات). وينصح بالنسبة لمعالجة الاضطرابات الجنسية بإجراء تدريب إضافي (تقدمه على سبيل المثال الجمعية الألمانية لأبحاث الجنس، 1997).

4.1 تاريخ المرض

في تاريخ المرض لابد من سبر الوقائع من حياة المريض من ناحية ومن ناحية أخرى كيف خبر المريض هذه الخبرات وتمثلها. وعليه يمكن أن يعاش الحديث الصريح

عن الجنسية أو للتعامل مع التعري في حالة ما على أنه متسامح ومقبول وفي حالة أخرى على أنه مزعج.

ويمثل السؤال المتعلق بفيما إذا كان يتم التطرق في أسرة ما إلى مواضيع محددة أم لا نقطة أخرى. إذ ليس بالضرورة أن يعاش الحديث حول الجنسية والتنوير بشكل إيجابي في كل حالة. ومن ناحية أخرى فإنه يمكن أن تعاش الجنسية كشيء إيجابي على الرغم من أنه لم يتم الحديث حولها على الإطلاق.

وبالتحديد لدى المرضى بخبرات سوء الاستغلال الجنسي تتكرر ملاحظة أنهم قد مروا بخبرات جنسية لا يمكنهم وصفها أو تسميتها على الإطلاق، ذلك أنه وعلى الرغم من أنه قد تم التعامل في الأسرة جنسياً، إلا أنه لم يتم الحديث عن الجنسية إلا بطريقة مستنكرة وفاحشة، ولم يتم أبداً تعلم لغة يومية ملائمة. وعندئذ غالباً ما تتم معايشة الحديث حول الجنسية كفعل جنسي، ويمكن لهذا أن يتجلى في علاج الاضطرابات الجنسية كمشكلة بارزة (Richter-Appelt & Moldzio,2004).

أما مواضيع السبر لتاريخ المرض التي يمكن أن تقدم الأساس لبناء الفرضيات فهي: (قارن أيضاً Arentewicz & Schmidt, 1993; Buddeberg, 1996; Kockott & Fahrner, 2002; Gromus,2002; Hauch, 2006; Hoydorf, Reinhold & Christmann, 1995)

- المناسبة الراهنة، سبب طلب المساعدة
- تحليل المشكلة: الإشكالية الراهنة، الأعراض الإيجابية والسلبية: السلوك الاستعرافات (العزو، الهوامات) الخبرة، الانفعالات والمثيرات والعواقب.
- تاريخ الحياة: الظروف الأسرية، الأحداث الحياتية الباكرة،
- الأمراض في الطفولة واليفوع وفي سن الرشد،
- النمو النفسي الجنسي في الطفولة،
- النمو الجسدي،

- الخبرات الجنسية مع الآخرين والعلاقات الجنسية،
- الرغبة بالأطفال، الوقاية من الحمل، الأولاد،
- التعامل مع التقدم في السن،
- الانصدامات الجنسية والإهمال والكبت،

المناسبة الراهنة، أسباب طلب المساعدة

ينصح بجعل المرضى يصفون بكلماتهم الخاصة سبب لجوئهم للمساعدة العلاجية. وفي مجرى الجلسة يفترض أن يتم فهم لماذا الآن بالتحديد يلجأ المرء للمتخصص للمرة الأولى - وبشكل خاص عندما تكون المشكلة قائمة منذ سنوات أو عقود-.

فإذا ما تم تحويل المريض إلى مستشفى تخصصي، فإنه من المهم معرفة فيما إذا كان قد تم تحويل الشخص من علاج جاري بعد أن قام بتسمية المشكلة الجنسية وأن المعالج قد أخبره أنه ليس خبيراً في المشكلات الجنسية. كما لابد في مقتضى الحال توضيح فيما إذا كانت الأعراض الجنسية مازالت قائمة بعد انتهاء العلاج لأن المريض إما لم يتطرق إلى المشكلة أبداً أم أن المعالج لم يتطرق للمشكلة المسماة.

الإشكالية الراهنة: الأعراض الإيجابية والسلبية

في خطوة تالية يتعلق الأمر بالسبر الدقيق للأعراض واستنتاج ما يقصده المرضى عندما يقولون "لم يعد الأمر ينجح في السرير" أو "نحن لا نستطيع النوم معاً"، أي التمييز بين اضطرابات الانتصاب والقذف المبكر لدى الرجل أو فقدان الرغبة واضطرابات النشوة عند المرأة. كما ينبغي أن يتم التقرير فيما إذا كان لابد من إجراء فحص بولي أو نسائي إضافي ووصف أدوية معينة في مقتضى الحال. وينبغي أن يتم النظر للمشكلة بشكل تفاعلي، ومختلف إلى حد ما، عند الرجل والمرأة وينبغي تفصيلها بدقة في تحليل المشكلة (أنظر الفقرة 4.2).

وليس من النادر أن يشير المرضى بأنهم يشعرون أن شريكهم لا يتفهمهم، عندما يتعلق الأمر بالجنسية. ويتضح في تحليل المشكلة على سبيل المثال بأن الرجل يرغب بالجنس عندما يكون معكراً، ويريد المواساة، والمرأة بالمقابل لا تكون مستعدة للدخول في عملية جنسية إلا إذا كان قد تم مواساتها. وغالباً ما لا يتم الحديث عن هذه التوقعات المختلفة، لأن كل واحد منهما يرى بأن على الآخر أن يكون عارفاً ما يتوقعه الآخر. ومثل هذا التباعد بين التوقعات غالباً ما يسبق نشوء الاضطرابات الوظيفة الجنسية وتحافظ على استمراريتها (قارن أيضاً Kaplan, 2000; Kleinplatz,2001; Leiblum & Rosen,2000).

تاريخ الحياة: الظروف الأسرية، الأحداث الحياتية المميزة، الأمراض في الطفولة واليفوع وسن الرشد

يتم الطلب من المريض الوصف باختصار لمنشأه [كيف ترعرع] وفي أية بنية أسرية وضمن أية ظروف ثقافية واقتصادية واجتماعية وربما دينية أيضاً، وفيما إذا كان هناك توترات معينة في الأسرة وخبرات عنف مباشرة أو غير مباشرة. وأخيراً من المهم معرفة فيما إذا كان الشخص المعني قد عانى من أمراض وخيمة ذات عواقب أو إعاقات دائمة، والتي على الرغم من كونها قد لا تمتلك بالضرورة تأثيرات مباشرة على الجنسية ولكنها قادت إلى تضرر في مشاعر القيمة الذاتية والثقة الاجتماعية. وينبغي أخذ مثل هذه التضررات كشروط ممكنة للاضطرابات الوظيفية الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الشهوة appetence على سبيل المثال بعين الاعتبار. ويتم الطلب من أشخاص من أطر ثقافية مختلفة وصف التعامل مع الجنسية في محيطهم الثقافي وكذلك تصوراتهم حول الجنسية في محيطهم الحالي. فغالباً ما لا يملك كثير من الأشخاص من محيط ثقافي آخر تصورات واقعية حول كيفية إقامة الاتصالات والعلاقات الجنسية في الثقافة الغربية، كما ينبغي الأخذ بالحسبان أنه قد تلعب مخاوف ثقافية خاصة جداً دوراً (كالخوف من انكماش القضيب لدى الذكور)

النمو الجنسي النفسي في الطفولة واليفوع

هنا يتعلق الأمر بداية في الطفولة بخبرات اكتشاف الجسد الخاص واكتشاف الفروق الجنسية التشريحية بين الرجل والمرأة وبالحاجة للإجابة عن أسئلة الجنسية لدى الراشدين والتكاثر. ولا يتذكر كل الناس هذا الوقت بشكل ملموس، إلا أنه من المفيد السؤال عن لعبة الطبيب، وذكريات التعامل مع التعري في الأسرة وملاحظة الحمل وإرضاع الأخوة ..الخ وإلى أي مدى حصلت مواجهة مع الأفعال الجنسية للوالدين والعنف الجنسي. كما ينبغي أن يحظى قمع ومعاقبة الجنسية عناية خاصة. إذ يوجد مؤخراً ميل للاهتمام بالاعتداءات الفاعلة وقلة الاهتمام بالتعامل الكابت مع الجنسية. وتساعد مثل هذه الأسئلة على إعادة تصميم تاريخ التعلم الذي ينبغي أن ينسجم موضوعياً مع نماذج التفسير التي يتم الحصول عليها من تحليل المشكلة. فهي قد تساعد في مقتضى الحال على توضيح سبب رفض الجنسية، ولماذا يمكن أن تستثار المخاوف وسلوك التجنب ولكن أيضاً لماذا يحصل انقسام بين الاستثارة الجنسية ورغبات العلاقة وخبرة العلاقة.

ومن دراسات أبحاث الصدمات نعرف اليوم بأن الأمراض والانفصال والصدمات في سن ما قبل اللغة يمكن أن تؤثر على الحياة اللاحقة. وهنا فإنه على درجة من الأهمية فيما إذا قد حصل في الخبرات مع الاحتكاك الجسدي فرط في الاستثارة أو نقص فيها (قارن Richter-Appelt,2000b)

وتشكل خبرات العلاقة في سن الطفولة أساس التماهي مع الآخرين أو تقديسهم أو تبخيسهم. ويتعلق الأمر هنا بعلاقة الطفل مع الشخص الراعي وبخبرات علاقة الوالدين أو بصور الوالدين مع بعضهم، التي يمكن اعتبارها مثالاً لبناء العلاقة اللاحقة.

النمو الجسدي

يمكن للشذوذات في النمو الجسدي أن تؤثر على بناء العلاقات اللاحقة بين الناس. ولن نتعرض هنا لمشكلات الإعاقة العقلية والجسدية.

تحظى التغيرات الجسدية في المراهقة بأهمية خاصة. فتأخر النمو أو تبكير البلوغ يمكن أن يؤثر على الثقة بالنفس عند اليافعين وبالذات في التعامل مع الجنس الآخر.

وينبغي السؤال عن المشكلات المتعلقة بالرغبة في الأطفال والقدرة على الإنجاب، ذلك أنه ليس من النادر لها أن تؤثر على نشوء واستمرارية الاضطرابات الجنسية الوظيفية. والاتجاهات المختلفة نحو هذا الموضوع يمكنها على سبيل المثال أن تقود إلى تعامل غير منسجم مع موانع الحمل contraception أو إلى ألا يعود أحد الشريكين مستعداً للاتصال الجنسي مع الآخر، لأن هذا لا يريد أطفالاً أو لا يستطيع الإنجاب. ولدى كبار السن (أنظر أدناه) ينصح بالسؤال عن التغيرات الجسدية المرتبطة بالسن التي قد تؤثر على الجنسية وكذلك بشكل خاص على مشاعر القيمة الذاتية والجاذبية المعاشة شخصياً. فالخوف من ألا يعود المرء يعاش على أنه جذاب كفاية يمكن أن يقود إلى انسحاب من الجنسية، وإلى اضطرابات شهوة أيضاً. ومع التقدم في العمر لابد من تطوير أشكال جديدة من الجنسية. لهذا يفضل الاستفسار في هذا المجال عن أشكال بديلة للجنسية. ففي حين تعبر النساء عن الحاجة المتزايدة لديهم للحنان التي لا يتم إشباعها، يعاني الرجال بدرجة كبيرة من تراجع قدرتهم الجنسية.

الخبرات الجنسية مع الآخرين والعلاقات الجنسية

يتم الحصول على معلومات حول أولى الخبرات الجنسية مع الآخرين وأحياناً مع الجنس نفسه. ويمكن للظروف التي حصل ضمنها هذا أن تكون على درجة خطيرة من الأهمية، وبشكل خاص فيما إذا كانت هذه الخبرات قد حصلت مع صديق أم مع شخص غريب، باختيار حر أم بالإجبار، مع شريك متفهم أم غير متفهم.

ففي حين أن أولى الخبرات الجنسية في الماضي غالباً ما كانت تتم مع ذلك الشريك الذي يتم معه بناء أول علاقة ثابتة، تسود اليوم رؤية مفادها أنه على اليافعين الشبان أن يجمعوا خبراتهم الجنسية قبل أن يرتبطوا. ومن هنا فقد تغيرت حميمية الجنسية بشدة إلى

درجة وكأنه غالباً ما لا تبدو الجنسية بين الشبان الصغار والشبان في سن الرشد المبكر علامة على الحميمية والقرب المميزين بالضرورة. وبالتحديد يرى الأشخاص الذين يعانون من صعوبات جنسية بأنه لابد في بداية علاقة أن يحصل اتصال جنسي بأسرع وقت ممكن. ونتيجة للخوف من ألا يكونوا على قدر هذه المطالب، فإنهم يفضلون ألا يقيموا أي اتصال، أو أنهم يرهقون أنفسهم بشدة [يضغطون زيادة على أنفسهم] ولا يسمحون بأن تتطور الجنسية. ومن هنا فإنه من المهم السؤال عند سبر تاريخ الحياة عن التصورات التي يمتلكها شخص ما عن الجنسية والقرب.

ويؤثر الاتجاه نحو الشراكة والجنسية على الأفعال الجنسية بشكل كبير. وعليه فإن التعامل مع الإخلاص والعلاقات الخارجية يؤثر بشدة على بناء العلاقة [صياغة العلاقة]. ومن المهم هنا بشكل خاص الانتباه فيما إذا كان الشريك يمتلك تصورات وقيم شبيهة فيما يتعلق بذلك.

وهناك القليل من البشر نسبياً يلجئون للعلاج النفسي، ممن لم يقيموا اتصالاً جنسياً بعد. وقد يرجع هذا على سبيل المثال لأسباب نفسية ولعدم ثقة جنسية نفسية. وفي هذه الحالات توجد رغبة بالجنسية إلا أنه لا يمكن تحقيقها فحسب. وفي حال لم تكن هناك خبرات مع الاستمناء أيضاً ولا توجد هوامات جنسية أو تم الإخبار أنه لا يوجد اهتمام بالجنسية على فترة زمنية طويلة على الإطلاق فلا بد من التفكير بمتلازمة نقص الأندروجينات والتحويل إلى متخصص بالغدد.

ولا بد من إيلاء عناية خاصة إلى الإلحاح الشديد على لأفعال الجنسية والنهم الجنسي أو إدمان الجنس، والاستخدام القهري للأفروديات[1] [المشهيات الجنسية Erotica]؛ كما لابد من إجراء تشخيص تفريقي فيما يتعلق بالشذوذ الجنسي Paraphilia.

(1) آلهة الحب والجمال عن الإغريق.

الرغبة بالحمل، الوقاية من الحمل

مازال حتى الآن هناك شابات يرين أنهن لا يمكن أن يحملن من الاتصال الجنسي الأول. ومن هنا ينصح بالسؤال عن الوقاية من الحمل في الجماع الأول لأن ذلك يعطي معلومات حول المعلومات حول المعرفة الجنسية.

والأزواج الذين لديهم رغبة غير محققة بالأطفال إما أن يلجئوا للمراجعة لأنهم غير قادرين بسبب اضطراباهم على إنجاب طفل (التشنج المهبلي على سبيل المثال) أو لأن صلتهم الطبيعية بالجنسية قد ضاعت بعد إجراء علاج للإنجاب. فإذا لم يكن الزوجان متفقان في رغبتيهما بالأطفال فيمكن أن تنمو لدى أحد الزوجين اضطرابات جنسية كردة فعل على ذلك (مثال ذلك الرجل الذي يعاني من عدم قدرة على الانتصاب إذا لم يكن راغباً بالإنجاب).

ويمكن للوقاية من الحمل أن تتحول إلى مادة للخلاف، عندما يفترض الشريك الذكري بشكل بديهي بأن شريكته تتناول حبوب منع الحمل ذلك أنها هي الشخص الذي عليه أن يقي نفسه من الحمل.

ومع ولادة طفل في الأسرة لا تغير الحياة اليومية للوالدين فحسب وإنما الجنسية على الغالب أيضاً، إذ عليهما من ناحية قبول شخص ثالث في الأسرة والتعامل من ناحية أخرى مع الإرهاقات الجسدية التالية للولادة.

التعامل مع الكبر

توجد تصورات مختلفة جداً حول الكبر والجنسية في الكبر. فهناك الكثير من الأساطير والمخاوف (Dennerstein, Lehrt, Burger & Dudley,1999; O‘Donohue & Graber,1996,1996). ويبدو أنه من المهم الفحص بدقة إلى أي مدى يتعلق الأمر بمخاوف مبررة أم بمخاوف تتعلق بالوضع النفسي للشخص. فتغير علاقة ما عندما يصبح أحد الشريكين مريضاً أو هرماً يمثل بالنسبة للعلاقة الزوجية إرهاقاً خاصاً،

ويتم التشكيك بتوزيع الأدوار. وليس من النادر أن يتحول الاختلاف في التوق الجنسي إلى مشكلة أو إلى اختبار محنة للعلاقة القائمة منذ أمد بعيد.

كما يقود تراجع القدرة على الانتصاب لدى الرجل إلى مشكلات في العلاقة عندما لا يعود الرجل يشعر بالانجذاب إلى شريكته الموازية له في العمر، ولا يصبح قادراً على الاستثارة الجنسية إلا من خلال فتيات أكثر شباباً.

ويمثل تراجع القدرة على الاستثارة والاهتمام الجنسي مع التقدم في العمر بالنسبة للمرأة مشكلة أقل مما يمثله الأمر بالنسبة للرجل. كما لابد من التفكير لدى الرجال الكبار في السن (أكثر مما هو الأمر لدى النساء) بأن التطور المهني قد يؤثر على الجنسية أيضاً. ويمكننا أن نلاحظ لدى المرأة تطوراً شبيهاً عندما يترك الأولاد البيت وعلى الشريك أن يذلل ذلك الشعور الجديد الناشئ بالفراغ ليس من خلال الجنس بل أكثر من خلال الحنان.

4.2 تحليل المشكلة

إذا ما أردنا التنبؤ بشيء ما حول الرضا الجنسي في أثناء أو بعد للاضطرابات الوظيفية الجنسية فلا يكفي النظر للوظائف الجنسية بشكل منعزل. فكما أشرنا سابقاً في البداية فإن الوظيفة الجنسية العاملة ليست بذاتها دلالة على الصحة الجنسية. ومن ثم فإن تحليل المشكلة يهتم بالدرجة الأولى بتوضيح المسائل التالية:

1- هل هناك أسباب عضوية ممكنة؟

2- هل الإشكالية هي إشكالية أساسية أم ثانوية؟

3- ما هي أهمية اضطراب الوظيفة الجنسية بالنسبة لعلاقة الشريكين؟

4- كيف يمكن تفسير نشوء اضطرابات الوظائف الجنسية بالتحديد؟

5- لماذا لا يوجد رضا جنسي على الرغم من سلامة الوظائف الجنسية؟

وكما أشرنا سابقاً هناك عدد كبير من الأسباب العضوية الممكنة للخلل الجنسي الوظيفي وكذلك من الطرق لتحديد هذه الأسباب. وعلى الرغم من أن تحديد الأسباب العضوية هو من اختصاص الطبيب المتخصص إلا أن المعارف الأساسية للمعالج النفسي مفيدة وضرورية (Kockott & Fahrner,2004; Sigush,2001b). ومن الممكن أن يكون التعامل الوثيق مع الأطباء المتخصصين المنفتحين على وجهة النظر السيكوسوماتية/ العلاجية النفسية مفيداً جداً. وينصح على الأقل الحصول على توضيح وجود اضطرابات نفسية أخرى (فيما يتعلق بالأمراض الاكتئابية، بالترافق مع تحليل التعاقب عند ظهور مثل هذه الاضطرابات؛ قارن الفصل الرابع عشر من التشخيص النفسي الإكلينيكي -1-)

وعند البحث عن العوامل النفسية الاجتماعية يمكن بشكل خاص استخدام نماذج الاستعداد[1] الخاصة بالاضطراب disorder specific Vulnerability models ومبادئ التفسير ذات الصبغة النظرية التعلمية والاستعرافية والتحليلات المتمركزة على الصراع من أجل التمكن من تحديد الأسس العلاجية الممكنة.

وترى نماذج الاستعداد في الاضطرابات الوظيفية الجنسية النتيجة النهائية للتفاعل بين عوامل الخطر الخارجية والداخلية النفسية، تثير حلقة مفرغة ومن ثم تؤثر بشكل جوهري على الحفاظ على استمرارية الاضطراب (Kockott & Fahrner,2004). فمن عوامل الخطر الخارجية يشار إلى الضغوط من كل الأنواع، من بينها الصعوبات (المرهقات Stressors) التي لا ترتبط بشكل مباشر مع الاضطراب كالضغوط المهنية والضغوط أو الظلم الاقتصادي الاجتماعي واضطرابات العلاقة الزوجية (قارن Bancroft et al., 2003؛ الفصل 31 من هذا الكتاب). كما يطور الأشخاص ذوي تاريخ

---

(1) Vulnerability: في اللغة العربية: النحيزة: وتعني القابلية للإصابة، عدم الحصانة، وتعني كذلك الحساسية أو سرعة التأثر، أو الهشاشة، وتعني الاستهداف في المجال العسكري، ولا يفضل استخدامها بهذا المعنى في المجال النفسي.

الحياة غير الملائم سواء فيما يتعلق بالشذوذات النفسية الاجتماعية أم بالعضوية الاستعدادات التي تصعِّب من أن يعيش الإنسان علاقة باعثة على الرضا جنسياً والحفاظ على استمراريتها (Bancroft et al., 2003; Richter-Appelt, 2007)

ومن بين تلك الاستعدادات المكتسبة في الغالب يشار إلى مشكلات الهوية العامة من ناحية، والكف (عدم الثقة الجنسية أو الخوف الاجتماعي ومخاوف الفشل)، والخوف من الانفلات (الانفجار النزوعي) وعدم الثقة بالارتباط [الارتباط المزعزع]، وقلق الانفصال والاستجابات غير المحببة وغير المتوقعة للآخر. والتشخيص لا يمكن أن يقتصر على الوظيفة الجنسية فقط؛ فهنا لابد كذلك من تحليل المخاوف الاجتماعية مع إيلاء الخوف من المواقف الجنسية خاصة الانتباه الخاص. وغالباً ما تكون القدرة على القيام بالاتصال والانسجام في الخبرات الجنسية شرطاً لتحسين الأعراض.

والأشخاص المضغوطون نفسياً يستجيبون بشكل خاص للتأثيرات الخارجية السلبية المذكورة. وغالباً ما تبدأ حلقة مفرغة وبشكل خاص لدى الرجال الذين يعانون من ضغط إنجاز مختلف عن المرأة، تجعل من المستحيل حصول استثارة جنسية وخبرات إيجابية مطابقة، وتولد توقعات سلبية دائرية، يمكن أن تخضع لسيطرة الاستعرافات غير المنطقية (مخاوف ضمير على سبيل المثال) وصراعات، وتستتبع سلوك تجنب عام بنتيجة ضعف الانتصاب أو عدمه كلية: وعلى هذه الخلفية يتم في تحليل المشكلة تحديد عوامل الخطر ومحاولة إعادة بناء [إعادة رسم] العملية النشوئية الفعلية actual genetic Processللضرر الجنسي الوظيفي. ومن المهم في تحليل التأثيرات الاستعدادية التمكن من فهم تاريخ النمو الجنسي النفسي للمريض (قارن الفقرة 4.1).

وفي تحليل الحلقة المفرغة الممكنة لاضطراب وظيفي جنسي تحتل العوامل والتوقعات المثيرة لذكريات معينة الأولوية. وتتسم تلك التوقعات بشكل أساسي بالتصورات غير الواقعية عن الجنسية وبتصورات حول الكيفية التي يفترض فيها للتفاعلات الجنسية أن تكون (من نحو أن النساء عشيقات سلبيات؛ الانتصاب لدى الرجل لابد وأن يقود

دائماً للقذف أو للنشوة على سبيل المثال). وقد أشار كل من زيلبرغيلد (Zilbergeled, 1994) وويكس وجامبيشا (Weeks & Gambescia, 2002) إلى سلسلة من هذه "الخرافات". كما تؤثر مخاوف ورغبات وهوامات أخرى، شعورية أو لا شعورية على إدراك وتفسير سمات المواقف والتفاعلات الجنسية بما في ذلك التفاعلات العاطفية والجنسية المتوقعة غير الحاصلة. وهنا يمكن أن تحتل من جهتها المخاطر الاستعدادية المذكورة أهمية مركزية، ويصبح من الممكن تحديد استراتيجيات التجنب الفاعلة والخاملة، والتعرف على تصورات السيطرة والخضوع أو مفهوم الذات (الجنسي) السلبي.

يلجأ الأزواج الذين يعانون من المشكلات الجنسية لمراكز الإرشاد الزوجي وفي بعض الأحيان للمعالجين الجنسيين. وعلى الرغم من أنه قد لا تختلف الأعراض، فإن بعض الأزواج يضعون الجنسية في مركز الصدارة وبعضهم الآخر المشكلات الزوجية. ويفترض لهدف الإرشاد أو العلاج أن يكون تعديل أهمية الإشكالية الجنسية في العلاقة. وهناك الكثير من النتائج حول أهمية الجنسية في العلاقات الحميمية (Aubin & Heiman,2004; Harvey, Wenzel & Sprecher, 2004; McCarthy,2002l; McCarthy et la.,29004). وعليه لا بد من استخلاص فيما إذا كانت الصفات التالية متوفرة أم لا (Arentewitcs & Schmidt,1993):

- تفاعل زوجي فقير أو مقيت، مرتبط بالتفاعل الجنسي الغائب أو غير الباعث على الرضا أو الذي يتضمن فيما يتضمنه هذا التفاعل.
- صراعات سلطة مجنسنة Sexualization [استخدام الجنس لتوكيد السلطة]
- الإعراض عن الشريك (الحرمان من الجنسية الباعثة على الرضا كفعل عدواني)
- التفويض delegation (يتم عزو إشكالية أحد الشريكين إلى إشكالية الآخر؛ مثال: الضعف الجنسي للمرأة يتحول إلى اضطرابات انتصاب لدى الرجل)
- إدارة التناقضات (القرب-البعد): مثال: يعيد الامتناع عن الجنسية [سحب الجنسية أو الحرمان منها] إنتاج الإبعَاد اللازم عن الشريك [المسافة اللازمة عن الشريك].

- الترتيبات [أو التنظيمات] arrangement (لا يتحدث الإنسان في العلاقات الزوجية المضطربة عن تضرر الجنسية وإنما يتحدث فقط حول صراعات من الحياة اليومية).
- التغيرات في بنية العلاقة الزوجية (وتسمى كذلك مبادئ التواطؤ collusion؛ مثال: يتخلى أحد الزوجين عن وضعيته الخضوعية ويزعزع الآخر أيضاً في دوره التفاعلي الجنسي).

وفي بعض الحالات سوف يقود تحليل الإشكالية الزوجية إلى أنه لابد من البحث من زوايا تشخيصية عن الكيفية التي يمكن فيها أن تتم المساعدة على الانفصال. إلا أنه في غالبية الحالات يكون سبب اللجوء للإرشاد الرغبة في تحسين العلاقة، وبشكل خاص الجنسية. وعندئذ تشكل التحليلات التشخيصية التفاعلية الاجتماعية أحد مكونات التشخيص القائم على التعديل للاضطرابات الوظيفية الجنسية وبالعكس.

ويتمركز تشخيص العملية Process diagnostic على الرضا عن الجنسية التشاركية [مع الشريك] بالدرجة الأولى، ثم يتم فحص الوظيفة الجنسية بالمرتبة الثانية (Hauch,2006). وكثيراً ما تتكرر الملاحظة في مجرى العلاجات الزوجية عند حامل العرض بأن أعراضه تتحسن في مجرى العلاج، إلا أنه يلاحظ في الوقت نفسه ظهور اضطراب جنسي وظيفي عابر لدى الشريك الآخر الخالي من الأعراض، لم يكن ملحوظاً قبلاً. وعادة ما يكون سبب ذلك هو إعادة توزيع المخاوف المتعلقة بالشريك؛ ففي مجرى العلاج لابد من تحسين أعراض كلا الشريكين أو إزالتها. ولابد من أن يتم أخذ هذا عند تقييم التقدم العلاجي من كل بد.

وفي بعض الحالات يتم النظر لحصول ازدياد للتوتر والخصام على أنه نجاح للعلاج، ذلك أن الشريكين يتجرآن في النهاية على التعبير عن النقد؛ وفي حالات أخرى يتعلق الأمر بالتحديد بالقضاء [منع] على هذه الخلافات. ومن هنا فإنه ليس من المفيد الانطلاق من قواعد صالحة عموماً، حول متى ينبغي تقويم العملية العلاجية على أنها إيجابية أو سلبية . وعليه لا يجوز اعتبار تحسن الخلل الوظيفي الجنسي لوحده من دون

تحسن العلاقة الزوجية على أنه نجاح للعلاج. وكما أشرنا في السابق فإن الجنسية الشغالة بحد ذاتها ليست علامة على الصحة الجنسية (Richter-Appelt,2001).

وبناء على الخبرة في الممارسة العملية والنتائج الإمبيريقية فإنه من الضروري والمفيد في إطار تحليل المشكلة للاضطرابات الجنسية الوظيفية البحث إلى جانب مقدار الإسهام الفردي، عن الإسهامات النوعية [الخاصة] بالنسبة للاضطراب الموجود وأسبابها. وعليه ينصح في اضطرابات الشهوة الجنسية، في الاستقصاء بشكل خاص فيما إذا كانت عدم الرغبة قد ظهرت استجابة لحدث محدد (على سبيل المثال نتيجة خيانة زوجية للشريك) أم أنها قد بدأت عبر علاقة مستمرة منذ زمن بعيد. وفي اضطرابات الاستثارة أو النشوة لابد من الانتباه إلى صراعات التقارب-التباعد والتوقعات غير الواقعية (على سبيل المثال فيما يتعلق بنوع الممارسة وتكرارها) (Beck,1995; Kaplan,2000; Richter-Appelt,2001; Weeks & Gambescia,2002).

5- الأدوات السيكومترية لتشخيص الاضطرابات الوظيفية الجنسية

على الرغم من أنه يزداد مؤخراً استخدام استبيانات قصيرة لفرز الاضطرابات الجنسية الوظيفية وبشكل خاص في الدراسات الدوائية، لا يوجد حتى اليوم برأينا أية أداة فحص يمكنها أن تحل محل السبر التفصيلي. فلا الخلاصة فيما يتعلق بالطرق السيكومترية لدى بريلر وشوماخر وكلايبرغ (Braehler, Schumacher & Klaiberg, 2002) ولا في شوماخر وكلايبرغ وبريلر (2003) توجد أدوات لقياس المشكلات الجنسية. وقد قدم شتراوس وهايم (Strauss & Heim, 1999) عرضاً لأدوات البحث الجنسي الإمبيريقي. وعلى الرغم من وصفهما لعدد كبير من الأدوات المختلفة إلا أنه قد تم تجريب هذه الأدوات على عينات صغيرة، وغالباً ما تفتقد للمؤشرات الإحصائية. فالمشكلات الجنسية لا يمكن وصفها بخمسه عشر بنداً، كما هو الحال على سبيل المثال في الدليل العالمي لوظيفة قابلية الانتصاب International Index of Erectile Function

(اختصار IIEF) (Rosen et a;., 1997). وقد تكون مثل هذه الأدوات مفيدة لدراسات الانتشار والتي لا تهتم بفهم اضطرابات محددة ، وإنما بتكرار ظهورها فقط.

أما السبب الكامن خلف لماذا لابد للرؤية الاختزالية أن تظل رؤية سطحية والحصول على المعرفة حولها لا تتم من خلال تقرير مختصر للوضع فيتعلق بتعقد الخبرة والسلوك الجنسيين. ويقدم الجدول (1) عرضاً لبعض أدوات الفحص التي تقيس مظاهر مختلفة من التفاعلات الجنسية.

كما أن العرض الصادر في عام 2004 لأرنغتون وآخرين (Arrington et al., 2004) يوضح إلى أي مدى أدوات القياس المطورة حتى الآن غير باعثة على الرضا. وقد يكمن سبب هذا الوضع في أنه لابد من الاستقصاء عن الاضطرابات المختلفة في مجال الاضطرابات الوظيفية الجنسية وفق محكات مختلفة (غياب الانتصاب الصباحي لدى الرجل على سبيل المثال يعبر عن مظهر فيزيولوجي ومن الصعب مقارنته بالنفور من الجنسية). ولأسباب طرائقية لا يمكن إجراء التحليل العاملي لبنود صور الاضطرابات المختلفة لأسباب. ومن هنا فإنه في كثير من الحالات يتم الاقتصار على التحليل الإحصائي للبنود.

لم تبرهن في المحيط الناطق بالألمانية أية أداة حتى اليوم نفسها. كما أن كثير من الأدوات تعتمد على الوضع الراهن أو على الأسابيع الأربعة الأخيرة - وهو زمن قلما يكون مؤشراً بالنسبة للاضطرابات الجنسية بل أنه غير ذي أهمية.

الجدول (1): استبيانات للاضطرابات الجنسية والتفاعلات الجنسية

العنوان	عدد البنود	الأهداف، مجال السبر	المؤلفون
السلوك الجنسي الصعوبات	35 بند، خمس مجالات	الاهتمامات الجنسية، الاستثارة، النشوة، الألم في الممارسة والرضا عن الجنس	Appelt & StrauB(1988)
استبيان التغيرات في الأداء الجنسي The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)	14 بند لكلا الجنسين و 35 بند للنساء و36 بند للرجال	الاضطرابات الجنسية كلها	Clayton, McGarvey & Clavet(1997)
قائمة الأداء الجنسي Sexual Functioning Inventory (DSFI)	245 بند، 10 مجالات 245 Items 10 Bereiche	المعلومات، الخبرة، الدافع، الاتجاهات، الأعراض النفسية، الانفعالات، فهم الدور الجنسي، الهوام، صورة الجسد Body Image ، الرضا الجنسي	Derogatis & Melisaratos (1979)
استبيان الخبرة الجنسية والاستمناء (الرجال)	37 بند، خمسة عوامل 37 بند، خمسة عوامل	الارتباط بالشريك والمرونة، الذكورية التقليدية والجنسية، حساسية الوظائف الجنسية الوظيفية، حرية الهوامات الجنسية.	Feil & Richter-Appelt (2002)
قائمة السلوك الجنسي للطفل Child Sexual Behavior Inventory	38 بند يجيب عنها الأم (الراعي)	السلوك الجنسي للأطفال، الاستغلال الجنسي (المحتمل)	Friedrich (1997)
استبيان تشخيص العلاقة الزوجية	30 بند، 3 مقاييس	الملامسة، الحنان، التواصل	Hahlweg (1996)

العنوان	عدد البنود	الأهداف، مجال السبر	المؤلفون
شبكة التوجه الجنسي القصيرة	21 بند	لكلا الجنسين: تقدير للتوجه الماضي والحاضر والمثالية الجاذبية، السلوك، الهوامات، الترابط النفسي، التفضيل الاجتماعي، التماهي الذاتي، أسلوب الحياة.	Klein, Sepekoff & Wolf (1985)
قائمة التفضيلات الجنسية الثنائية الغيرية Inventory of Dyadic Heterosexual Preference (IDHP)	27 بند، 6 عوامل	الاستثارة الجنسية، موانع الحمل، التقليدية، استخدام الأفروديات (المشهيات الجنسية)، الأدوية والكحول، المداعبة قبل الجنس	Purnine, Carey & Jorgensen (1996)
استبيان الوظائف الجنسية Sexual Function Questionnaire (SFQ)	34 بند	النشاط الجنسي، الحياة الجنسية	Quirk, Haughie & Symonds (2005)
دليل الوظائف الجنسية النسائي Female Sexual Function Index (FSFI)	19 بند، 6 مجالات	الرغبات الجنسية، الاستثارة المعاشة، الترطيب، النشوة، الرضا الجنسي	Rosen et al. (2000)
الدليل العالمي لوظيفة قابلية الانتصاب (IIEF)	15 بند، مجالين 15 Items 2 Bereiche	الاستثارة والحفاظ على استمرارية الانتصاب	Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick & Mishra(1997) Rosen etal. (2000)
قائمة غولومبوك- روست للرضا	28 بند، 10 مجالات	للشريكين الغيريين: التجنب الجنسي، اللانشوة، التشنج	Rust& Golombok (1986)

العنوان	عدد البنود	الأهداف، مجال السبر	المؤلفون
الجنسي Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)		المهبلي، القذف المبكر، الضعف الجنسي، فقر الإحساس، عدم الرضا الجنسي، التكرار، نقص التواصل.	
قائمة الرغبة الجنسية Sexual Desire Inventory (SDI)	14 بند، مجالين	التوق الجنسي الثنائي، التوق الجنسي كفرد	Spector, Carey & Steinberg (1996)
الدليل المختصر للأداء الجنسي للنساء Brief Indexof SexualFunctioning forWomen (BISF.w)	22 بند، 4 مجالات	التوق الجنسي، الاستثارة، النشوة، والرضا الجنسي	Taylor, Rosen & Leiblum (1994)
مقاييس توبنغر للعلاج الجنسي Tubinger Scales for Sexual Therapy	35 بند، ستة مقاييس	مقدار الخلل، توزع تأثير العلاقة، الإشباع الذاتي، الاحترام والتقدير لإدراك الجسد، المظاهر التواصلية.	Zimmer(1989)

6- خلاصة واستنتاجات

على الرغم من الثغرات فإن الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يمثل خطوة متقدمة في وصف الاضطرابات الجنسية. فقد أسهم التصنيف في أن حددت الخبرة والسلوك تشخيص هذه الاضطرابات وليس كثيراً التقديرات الذاتية للمعالجين ومعاييرهم. وقد يرى الإنسان أن الاستخدام القليل لأدوات القياس السيكومترية هنا يمثل ثغرة؛ غير أن هذا ربما يرتبط بأن الطرح حول الوظيفة الجنسية والسلوك الجنسي بحد ذاته لا تقول شيئاً بعد عن الصحة الجنسية. والأهم من هذا ليس في مناقشة تصنيف الاضطراب

لوحده، إذا ما أراد المرء العمل مع الاضطرابات الجنسية، وإنما كذلك المشكلات النوعية للنمو النفسي الجنسي.

كما يبدو التطوير في مجال التشخيص القائم على التعديل لازماً.

إن عدد ومدى معالجة موضوع الأدوات التشخيصية(الناطقة بالألمانية) ضئيل، من أجل التمكن من طرح تشخيصات علاجية مهمة موثوقة، والتي لا تعتمد فقط على الاستجابات الفيزيولوجية فقط. وتستطيع نماذج التفسير التي تنظر للأهمية الخاصة في تفاعل الانفعالات والاستعرافات والاستجابات (الاجتماعية-التفاعلية) المتعلقة بالجنسية وتأخذ هنا بعين الاعتبار العوامل الثقافية الاجتماعية جعل الأهداف الجديدة ضمن هذا النوع من التشخيص المعقد جداً ممكناً في المستقبل. ويمكن للفحص الإمبيريقي لعوامل الخطر التي يختلف وزنها باختلاف نوع الاضطراب أن يفيد في وضع تخطيط أكثر دقة للعلاج وكذلك الإجراءات الوقائية.

31- مشكلات العلاقة الزوجية

ديرك تسيمر وبيند رولرله
Dirk Zimmer & Bernd Roehrle

1- مدخل

1.1 أهمية خبرة العلاقة

يرتبط الرضا الفردي عن الحياة والرضا في العلاقة الزوجية والأسرة عند أغلب الناس مع بعضه. فقد ذكر حوالي 79٪ من الأشخاص في استقصاء ممثل أن العلاقة الزوجية الناجحة من أهم شروط السعادة الحياتية (Bodenmann,2002).

وتعد العلاقة الجيدة عامل وقاية في حين أن التوترات الزوجية أو غياب العلاقة الباعثة على الرضا يمكن ربطها إمبيريقياً مع عدد كبير من الأمراض الجسدية والنفسية. والناس الذين لديهم علاقات ثابتة يمرضون بشكل أقل، وينجون من الأمراض الجسدية بصورة أفضل من غير المتزوجين أو من الناس في العلاقات غير السعيدة.

بالمقابل يساعد التواصل الشغال والداعم على التعافي ويخفض الانتكاسات لدى المرضى الذين كانوا قد أصيبوا في الماضي بالاكتئاب أو المرضى الذهانيين (Hahlr& Mueller, 1995)، وكذلك لدى مرضى الإدمان (Kuefner, 11984). كما أن نجاح العلاقات عامل وقاية مهم للأطفال ونموهم. فقد لخص آرجيل وهيندرسون (Argyle & Henderson,1986) مجموعة من الأعمال التي ترى أن الفائدة النفسية المستخلصة من العلاقة هي أعلى بوضوح لدى الرجال منها لدى النساء.

ويمكن للمشكلات الزوجية باعتبارها مرهقات مزمنة Chronic Stressors أن تقود إلى ارتفاع دائم في الاستثارة وإلى خلل في عمل جهاز المناعة. وهناك دلائل على أن نوعية الزواج يمكنها أن تتنبأ بأمراض القلب إلى حد ما. وغالباً ما تكون مشكلات العلاقة مشاركة في استثارة الأطوار الاكتئابية (Paykel,1982) أو في الاضطرابات الوظيفية الجنسية (Zimmer, 1985). ويمكن عزو نصف التصرفات الانتحارية إلى صراعات بين شخصية. وتعد صراعات العلاقة متغيرات كامنة في الخلفية ذات أهمية للمشكلات السيكوسوماتية، والرهابات الاجتماعية والمخاوف المعممة ورهابات الأماكن العامة وغيرها كثير. وغالباً ما يشهد أطفال الأسر المطلقة لاحقاً حالات طلاق. والأطفال الذين يعيشون في أسر متوترة [مرهقة، مضغوطة] سيشهدون عاجلاً أم آجلاً أعراضاً نفسية بشكل متكرر.

ومن الطبيعي فإن صراعات العلاقة تتأثر بشدة كذلك بالعوامل الفردية كالعصابية (على سبيل المثال (Russel& Wells,1984) أو عوامل الشخصية (راجع للعرض ناير Neyer, 2003). أما أهمية الكفاءات الشخصية والقصور في مواجهة الضغط [الإرهاق]

وحل المشكلات فقد برهنها بودنمان (Bodenmann, 2000). ومن هنا لابد من عدم اختزال التفاعلات إلى اتجاه سببي. ويمكن مراجعة بودنمان (Bodenmann, 2004, P43f) للحصول على عرض كامل.

1.2 الجائحة ومشكلات التصنيف

بالنظر للأهمية الكبيرة بالنسبة للصحة النفسية فإن انتشار مشكلات العلاقة كبير. ففي حين أن أكثر من 90٪ من الناس يتمنون علاقة زوجية دائمة (Bodenmann,2000) ، فإن واحدة من كل زيجتين معقودتين تفشل في الوقت الراهن. وحوالي ثلث الأزواج غير راضين عن علاقاتهم. ويتعلق نجاح العلاقات بعمليات التعلم، إلا أن غالبية الناس قد عاشوا مرة فشل علاقة حب. والتنبؤ في المحاولة الثانية ليس أفضل. وكثير منهم ينجحون في المرة الثالثة في بناء علاقة ثابتة (Argyle & Henderson,1986).

ويسمي 58٪ من مراجعي المراكز النفسية المشكلات الزوجية كجزء أساسي من إرهاقاتهم (Burmann& Margolin,1992). وتعد مشكلات العلاقة موضوعاً لكثير من العلاجات الفردية وتعد من أكثر أسباب اللجوء إلى الاستشارة [الإرشاد] (المركز الاتحادي للإحصاء، 1998–2001)

ومن وجهة النظر النفسية الإكلينيكية فإن الحقيقة القائلة أنه في العلاقات تحصل خيبات وصراعات ليس على درجة من الأهمية بمقدار أهمية الشروط التي يتم التمكن ضمنها من مواجهة هذه الصراعات والخيبات أو لا يتم. ومن هنا يتم الاهتمام بالكيفية التي يمكن فيها وصف مشكلات العلاقة (التصنيف) وما هي المتغيرات التي تؤشر على خطر (المتنبئات Predictors) وما هي عمليات التعلم اللازمة التي تتيح مواجهة الأزمات.

ولا توجد منظومة معترف بها عموماً لتشخيص مشكلات العلاقة مقارنة بالآي.سي.دي.العاشر ICD-10 والدي.أس.أم.DSM-IV-TR. إلا أنه من الممكن

وصف العمليات التي تشترك في نشوء واستمرارية المشكلات الزوجية ذات الصلة بالنسبة للنجاح طويل الأمد للعلاقة ومعالجتها العلاجية النفسية.

1.3 متنبئات نجاح أو فشل العلاقات

اهتمت النظريات النفسية والاجتماعية بعدد كبير من المتغيرات في اختيار الشريك (التشابهية أم التكاملية) وبحثت اتخاذ القرار لاستمرار العلاقة أو للانفصال (تحليل الفوائد-التكاليف على سبيل المثال). ويمكن مراجعة لوزلوبنر(Loesel& Binder,2003) وغراو وبيرهوف (Grau & Bierhoff, 2003) للحصول على صورة أوضح.

وتحقق الدراسات الطولية دقة تنبؤ تبلغ 80٪ تقريباً (Bodenann, 2004; P.43). وربما تكون النتائج حول المتغيرات التي تشكل موضوع الجهود العلاجية النفسية على درجة من الأهمية الإكلينيكية. فمن الجدير بالاهتمام فإن الجاذبية attractively والمركز الاجتماعي status لا تمتلك أهمية تنبؤية مؤكدة. أما نمط الارتباط أو الخبرات مع أمان الارتباط فلم يتم التمكن حتى الآن من برهانه إمبيريقياً بشكل واضح. وفي مراجعته للنتائج القائمة وجد بودنمان (2001"أ") في الدراسات الطولية أنه من عوامل التنبؤ إلى جانب مقدار عدم الاستقرار الانفعالي (العصابية Neuroticism) نقص مهارات مواجهة الضغوطات [المرهقات Stressors] الزوجية والأسرية. وهنا تلعب أنماط التواصل دوراً خاصاً مهماً، من نحو الانسحاب، والتذمر، وبشكل خاص تصعيد النزاعات المتكررة والشديدة والمستمرة مع نمط هدام، جارح شخصياً.

ومن المؤكد أن الإمكانات الفردية والزوجية للمواجهة تتعلق أيضاً بنوع ومقدار الأحداث الحياتية الحرجة (الولادة، فقدان العمل، الأمراض) وبالإرهاقات أو الدعم المنبثق من المحيط الأسري والاجتماعي الشغال أو المفقود (على سبيل المثال في الزيجات الدينية أو الثقافية المختلطة).

ويتم وصف العلاقات القائمة على أساس المساواة بأنها أكثر سعادة وثباتاً. كما

تؤثر كفاءات تحمل الضغوط والتواصل واحترام الذات والشريك بشكل ملائم أيضاً (Argyle & Henderson, 1986; Kelly et al.,2003).

يحمل الزواج وتأسيس الأسرة في طياته سلسلة من المهام، ليست سهلة على الحل (Argyle & Henderson, 1986): فاختيار مكان الحياة المشترك ومطابقة الرغبات المهنية وتوزيع الضغوطات وتغيير الأدوار عندما يأتي الأطفال ومواجهة مهام التربية في المراحل العمرية المختلفة والتعامل مع المرض والموت ...الخ تجعل من عمليات التعلم والتكيف المستمرة لازمة.

وبشكل خاص فإن المواقف الحدودية تدفع الأزواج إلى أزمات تكيف ومن ثم إلى الإرشاد والعلاج. وحسب آرجيلArgyle فإن هذه بشكل خاص الوالدية الجديدة ومراهقة الأولاد – وهي مواقف يكون فيها الانسجام التواصلي بين الأزواج مطلوباً.

وفيما يلي من الحديث نريد معالجة مسألة التشخيص وبشكل خاص من خلال الاهتمام المعرفي لمعالج نفسي يهتم تكراراً بالعلاج الأسري ودلائله (مبرراته Indication).

2-عرض لتشخيص مشكلات العلاقة

تقود النظريات المختلفة حول العلاقة وصراعات العلاقة إلى أخذ متغيرات مختلفة بعين الاعتبار. ألا أنها تشترك في إدراك الخطر بأنه في مجرى علاقة ما يحصل انزياح من التبادل الإيجابي والمساعي الإيجابية باتجاه السلبية المتزايدة. ويمس هذا الخبرة الانفعالية (عدم الرضا) والاستعرافات (التوقعات السلبية، رؤية الآخر والعلاقة) والسلوك. وعليه فإنه لابد من احترام أو تقدير المشاعر والاتجاهات والتفاعلات الإيجابية التي ما تزال قائمة ومقارنتها بالمشاعر السلبية، المرهقة.

وتنظر نظرية التبادل إلى القرار الشخصي بالنسبة لاستمرار علاقة ما أو إنهائها على أنه عبارة عن حسبة داخلية للفوائد والتكاليف مع أخذ البدائل الأخرى الممكنة بعين

الاعتبار. وتلعب *المساواة والعدالة* المعاشة فيما يتعلق بالاستعداد لإقامة علاقات خارجية دوراً. وتساعد المعرفة بالعلاقات الخارجية الممكنة والتقييمات الذاتية المعالجين في تقدير فرص الإرشاد الزواجي.

إن تقييم الكفاءة الفردية وحدود تحمل الضغط [حدود المرونة] يمكن أن تتم مقارنتها، بل وينبغي ذلك، مع الضغوط الراهنة والمهام الواجب مواجهتها (نموذج الاستعداد – الضغط – التكيف Vulnerability-Sress-Adaptation-Model) (Karney&Bradbury,1995). ويمكن تعويض حدود التحمل الفردية للضغط من خلال مواجهة الضغط التشاركية [الزوجية] (Bodenmann,2002)

2.1 ما الذي ينبغي فحصه وقياسه

يفترض لتشخيص العلاقة أن يتضمن النقاط التالية:

1- الرضا عن العلاقة أو مقدار الضغط
2- مجالات المشكلة أو أنماط السلوك المرهقة
3- مقدار الارتباط الذي مازال قائماً أو عوامل الارتباط والموارد
4- الأنماط التواصلية أو الكفاءات أو القصور Competences & Resources
5- الاتجاهات والاستعرافات الحافزة والمعيقة نحو العلاقة الزوجية
6- الرضا عن الجنسية / الضغوط في الجنسية (أنظر الفصل 30 في هذا الكتاب)
7- دراسة تاريخ خبرات العلاقة لكلا الشريكين.
8- قياس أطوار الحياة الراهنة (الزوجية، الأسرية،...الخ)

2.2 عرض للمداخل التشخيصية

من أدوات التقييم المتوفرة نشير إلى الاستقصاءات والاستبيانات وملاحظات السلوك (قارن Birchler & Fals-Stewart,2006; Bodenmann,2005).

فالاستقصاء Exploration يعطي من الناحية الإكلينيكية معلومات أكثر دقة وعادة ما يتم تقييمه على أنه صادق (للمزيد راجع Banse,2003, P.35f). إلا أنه لا يوجد حتى الآن أية بيانات مؤكدة حول صلاحية ثبات Reliability أدوات المقابلة المتعلقة بالأزواج.

وتعد الاستبيانات أدوات لا يمكن الاستغناء عتها في البحث، إلا أن قوتها التنبؤية في الحالة الفردية محدودة بسبب ميول الإجابة. وعلى المرء أن يتأكد بألا يكون كل شريك من الشريكين واقع تحت مراقبة الآخر وتأثيره.

أما ملاحظة سلوك التفاعل فلها صدق كبير، لأن المرضى يظهرون بعد وقت قصير سلوكاً ممثلاً، أي أنهم لا يستطيعون التمثيل لوقت طويل. إلا أن تقييم اختبار السلوك وفق محكات علمية بالغ التكاليف بشكل كبير.

3- الوضع الراهن للعلاقة

لتحليل الموقف الراهن في العلاقة عادة ما يتم قياس المجالات التالية: الرضا والضغوط والصراعات ومظاهر الارتباط والاستعرافات والاتجاهات والتفاعلات والتواصل والكفاءة التواصلية وبنية العلاقة ومجريات التفاعل أو التصعيدات والمخاوف التكاملية complementary anxieties ونسبة التواصل الإيجابي والسلبي.

3.1قياس الرضا والإرهاق

يعد الرضا واستقرار علاقة ما من محكات الجودة الأساسية.

الرضا:ومن أجل تدريج الرضا غالباً ما يتم استخدام مقياس ليكرت من واحد حتى ستة (غير سعيد حتى سعيد جداً).ويعرض جدول (1) أمثلة للاستبيانات التي تقيس نوعية الزواج والاقتصادية في التعبئة من حيث الوقت وذات النوعية الجيدة في القياس (غيرها يوجد لدى Klann et al.,2003).

جدول (1): بعض الأدوات لتشخيص العلاقة

الاسم	المؤلفون	المقاييس الفرعية	الاتساق الداخلي
قائمة الرضا الزواجي Marital Satisfaction Inventory MSI-R	Klann, Hahlweg, Limbird& Snyder, 2004	11 مجال من الرضا العلائقي	α بين 0.80 و0.97
اختبار التأقلم الثنائي Dyadic Adjustment DAS Test	Spanier,1976; Klann, Hahlweg&Heinrichs, 2003	الانسجام، التعبير عدم المشاعر، الاستجابة (التحقق)، التعاضد	α =0.90 α =0.73 α =0.94 α =0.86
استبيان الشريكين Parnerschafts-fragebogen PFB	Hahlweg,1969	سلوك النزاع، الحنوّ، المعية، التواصل، ككل	α =0.93 α =0.91 α =0.88 α =0.95

الاستقرار: وهنا من الممكن أيضاً أن يتم استخدام مقياس ليكرت حول قوة رغبات الانفصال (Zimmer,1985). أما المعلومات الصادقة حول هوامات الانفصال فإن الحصول عليها من خلال السبر في جلسات فردية أو زوجية يكون أسهل. أما الدلائل الإكلينيكية على نوايا الانفصال غير المصرح بها في الغالب فيمكن إيجادها في نوع من العمل التعاوني بالدرجة الأولى.

السلوك: تعد تصعيدات الخصومات والاستسلامات والانسحابات الانفعالية أو الخارجية أو تزايد سلوك التذمر المتكررة والشديدة والصعبة الإنهاء دلائل غير مباشرة على مقدار قابلية علاقة ما للضغط [الإرهاق].

3.2 الصراعات المضمونية

تتعدد المضامين التي ينزلق حولها الأزواج في نزاعات وتتضح في الجلسات العلاجية الأولى كرغبات متباينة أو تصرفات مرهقة متبادلة. وكاستبيانات لفرز مثل هذه

المواضيع غالباً نشير إلى قائمة المشكلات والتي تعد قيمتها الكلية حساسة للتعديل Cronbachs α=0.83(Halweg,1969).

المواضيع الخلفية: بما أن كثير من مواضيع النزاع تبدو تافهة، فسوق يحاول الإكلينيكيون من خلال السبر توضيح فيما إذا كان بالإمكان تصنيف المضامين الملموسة في مواضيع عليا. وقد تكون مثل هذا المواضيع أو الحاجات المجروحة:

- الرغبة باحترام الذات والتقدير
- الرغبة بأن يكون المرء مفهوماً أو مصادقاً عليه Validation أو كليهما
- ضمان مجالات الاستقلالية أو
- ضمان الأمان والطمأنينة
- توضيح القواعد أو مساحات الحرية

العدالة في توزيع العمل الأسري، الإبهاج [المسرة] gratification والتحكم. ويمكن استخلاص مثل هذه الحاجات من ملاحظات التفاعل.

3.3 الارتباط الإيجابي المعاش والارتباط الإيجابي

قام بانس (Banse, 2003) بتجميع نتائج مهمة لكنها متناقضة حول البحث في أنماط الارتباط لدى الأزواج. ولا تتوفر حتى الآن نصائح واضحة فيما يتعلق بالإجراءات التشخيصية.

يقيس مقياس الارتباط للأزواج (Grau,1999) أمان الثقة بالارتباط [أمان الارتباط] عبر مقاييس القلق والتجنب. أما مقياسي استبيان الأزواج لهالوفيج (Halweg,1996) الحنان [الملاطفة caress] والمعية community/ التواصل communication (أنظر أدناه) فتستخدم لقياس الانفعالات الإيجابية.

ويزداد سبر مشاعر الارتباط التي ماتزال قائمة صعوبة من خلال أن بؤرة الانتباه

عند المرضى غالباً ما تكون موجهة للشكاوى والتذمرات ويؤثر الوجدان السلبي كمصفاة للمعلومات من الحاضر والماضي. وبهذا فإن الميل لتجنب التنافر dissonance avoidance tendency to يصعِّب تحديد المشاعر الإيجابية التي ماتزال قائمة. إلا أن هذه على درجة خاصة من الأهمية. فالتنبؤ بالمعالجة لا ينبثق من الشكوى أو التذمر الراهن بل من السؤال فيما إذا كان المرضى مازالوا قادرين على أن يعيشا مشاعر إيجابية متنافرة بعد (Gottman,1994).

أسئلة حول بدء العلاقة:

- كيف تعرفتما على بعضيكما؟
- ما الذي جذبكَ في زوجتكَ (زوجكِ)
- ما الذي فعلتماه معاً؟

وعلى المرء هنا أن ينتبه إلى جانب مضمون الإجابة إلى التعبير غير اللفظي الذي قد يجعلنا نستخلص المشاعر الإيجابية.

سبر الخبرات الإيجابية الراهنة: يمكن للمرضى أن ينظروا في أيامهم أو أسابيعهم الأخيرة بعيونهم الداخلية ويحاولون تذكر "الأشياء/ التصرفات الصغيرة لشريكهم" التي "أسعدتهم، وأثرت فيهم بشكل طيب" (Zimmer,2000). ويمكن لهذا أن يفيد في تحديد المعززات. وإلى جانب الانفعالات الإيجابية تصبح المخاوف ممكنة النقاش، والتي قد يصبح الإنسان عند التصريح بها حساساً. إلا أن المهم ليس الاستفسار عن التقييمات الإيجابية وإنما عن الخبرات الإيجابية المشتركة (الإحساس بالمتعة مع الآخر، بالاسترخاء) ذلك أن هذا على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة للتنبؤ بالمواصلة من المنظور الإكلينيكي.

أسئلة أخرى مباشرة: "كيف حصل بأنك بعد سنين من التوترات لم تلجئا للمحامي من أجل الطلاق وإنما للمعالج النفسي؟". وحسب الخبرات الإكلينيكية فإن المبررات من دون مضمون انفعالي تمثل هنا متنبئاً أكثر سوءاً من المبررات الإيجابية

اللامنطقية. ("لا أعرف زوجي يتصرف دائماً كالثور الهائج، إلا أني متعلقة به بشكل ما").

محاولات العلاج كتشخيص: تشير الخبرات التي تم جمعها مع المحفزات لرفع التبادل الإيجابي إلى أنها ذات تأثير تنبؤي من الناحية التشخيصية وتعطي سبباً للتحليلات المهمة للمشكلة (Hahlweg, Schindler & Revenstorf, 1998; Zimmer, 2000).

فعندما يطلب المرء على سبيل المثال من الأزواج استناداً إلى العلاج الطويل المتوقع التفكير في باستراحات المشكلة problem break (على الرغم المواضيع غير المحلولة)، أي بفترات الاستراحات التي تفيد في التعافي من السلبية الدائمة ومن ثم تمنح القوة بتحمل المعالجة المجهدة بشكل أفضل، يمكن للمرء أن يحصل في تطبيقها على انطباعات تشخيصية. وهنا تتم محاولة القيام في أحد مساءات الأسبوع بنشاطات إيجابية مشتركة على سبيل المثال وتحمل الخصام من دون تتفيه المشكلة. ولابد من التثمين الإيجابي عندما يصبح التوق لإعادة إحياء الخبرات الإيجابية الباكرة والحزن لفقدانها محسوساً. وبالطبع فإن التحفظات الاستعرافية والمخاوف مهمة. والإكلينيكيون الخبراء سوف يستغلون هذه كمناسبة لتحليل المشكلة وتقديم المساعدة المتعلقة بذلك مباشرة.

3.4 الاستعرافات والاتجاهات نحو العلاقة

يقوم المعالج في العادة عن طريق السبر بتحديد الاستعرافات أو استنتاجها من ملاحظة التفاعل (Baucom& Epstein,1990; Zimmer,1985). ويشير بانس (Banse, 2003) إلى بعض الاستبيانات المهمة للبحث في هذا المجال. والمظاهر التالية ينبغي أخذها بعين الاعتبار:

- **التوقعات:** تتطور في العلاقات المرهقة توقعات وتنبؤات سلبية فيما يتعلق بسلوك الشريك. أما الاستثناءات الإيجابية فهي تسقط من خلال المصفاة الاكتئابية.
- **العزو:** يعاش العزو العام والثابت (غير متغير) والداخلي إلى طبيعة أو شخصية

الشريك على أنه سلوك مرهق للشريك، في حين أن الشريك الراضي أقرب للعزو المتغير والمتعلق بالموقف. عدا عن ذلك فإن علم النفس الاجتماعي يعرف منذ فترة طويلة مشكلة التشويه المنظوري في التفاعل: فالموضوع المُتَصَرِّف [الشخص الفاعل] يبرر سلوكه الذاتي خارجياً ("سلوكي هو مجرد استجابة على سلوكك") ويفسر سلوك الآخر داخلياً ("كتعبير على طبيعة الآخر"). وهذا ما يقود إلى عزو خطأ منتشر [إعزاء معطوب منتشر] لكل زوج: "كلانا سيكون حاله أفضل [سيكون حالي أفضل] لو أنك تغيرت!". وتتوفر لقياس التوقعات والفروق في التوقعات أدوات مختلفة (قارن Klann et al.,2003)

- **التقييم الذاتي وانطباع الآخر**: من الصعب بالنسبة للمرضى تقبل التناقض الشديد بين الخبرة الذاتية للمقاصد الذاتية وتأثير السلوك الخاص على الآخر. فلدى الأزواج وفي بداية العلاج، وفي مجموعة المقارنة أيضاً وجدنا تناقضاً كبيراً بين البيانات الذاتية ("التقييم الذاتي للتأثير الشخصي في العلاقة") وتقييم السلوك لنمط التفاعل المسجل على شريط فيديو من خلال مقيم مستقل: فلدى الكثير من الأزواج الذين لديهم مشكلات ذكر كلا الشريكين بأنه شخصياً لا يمتلك الكثير من التأثير على سلوك الآخر، إلا أنهم يظهرون في الوقت نفسه سلوكاً مسيطراً أو اعتدائياً .(Zimmer,1983,1985)

- **نماذج العلاقة غير الواقعية**: يوجد في المراجع الإكلينيكية عدد لا يحصى حول الفرضيات الأساسية حول دور الرجل والمرأة ("هذا ما أتوقعه من زوجي...!") أو حول التواصل ("على المرء ألا يتكلم حول ذلك"!") (على سبيل المثال Lazarus,1996).

- **المعرفة عن الشريك**: من وجهة النظر العلاجية فإن محاولات تبني المنظور والإحساس بالآخر مهمة وعادة ما يتم اختبارها من خلال التحفيز والأسئلة: "ما الذي تعتقدونه، ما هي تصرفاتك التي يحبها / تغضب شريكك؟".

3.5التفاعل والتواصل

تحتل نوعية التواصل أهمية تنبؤيه خاصة بالنسبة لثبات علاقة ما (Bodenmann,2001a).

الاستبيان: بما أن استبيان التواصل في العلاقة الزوجية Communication in the Partnership مكلف جداً فقد قام كروغر وآخرين (Kroeger et al., 2000) بنقل استبيان أمريكي للألمانية "استبيان لقياس نمط التواصل الزواجي"، وهو مقياس اقتصادي وموثوق وصادق كفاية (ألفا بين 0.73-80). وهو يرتبط مع مقاييس استبيان الشريكين PFB كما هو متوقع. إنه يجيز تقدير أولي حول المقدار النسبي للتواصل البناء على عكس التجنب أو الانسحاب والأنماط التواصلية الهدامة (أدوات أخرى لدى Klann et al.,2003)

مواجهة الضغط الزوجي: وضع بودنمان (Bodenmann,2000) استبياناً حول مواجهة الضغط لدى الأزواج يتألف من 62 بنداً تتوزع على 13 مقياس فرعي ذات اتساق جيد (كرونباخ ألفا= 0.94 بالنسبة للدرجة الكلية وتوزع لألفا كرونباخ بين 0.60 حتى 0.89 للمقاييس الفرعية). ويتم قياس التواصل الضاغط [التواصل المرهق Stress Communication] والرضا عن مواجهة الضغوط وأنماط مواجهتا لكلا الشريكين (انفعالي، داعم، عدائي، مُفَوِّض delegated).

وتساعد ملاحظة وتقييم سلوك التفاعل للشريكين على تقدير الكفاءات التواصلية – سواء للمرسل أم للمستقبل، من جهة، ومن جهة أخرى يمكن من تعامل الشريكين استخلاص دلائل على توزيع السلطة والتأثير. ومن ناحية ثالثة يتم استنتاج الاتجاهات الإشكالية حول العلاقة في سلوك الشريكين.

3.5.1 الكفاءات التواصلية

تشترط محاولات التحديد الدقيق لمحكات الكفاءات التواصلية معرفة بالخصائص الثقافية والفروق البيئية. كما تحتاج الأحكام المسبقة للمعالجين النفسيين للتصحيح من

خلال النتائج الإمبيريقية. وعليه فلم يتم التمكن من برهان الفرضية القائلة بأن التواصل العالي [ما فوق التواصل Meta Communication] يغلب لدى الأزواج السعداء. ففي دراساتنا وجدتُ ولمفاجئتي بأن الأزواج السعداء لا يبدون سلوكاً تعاطفياً أكثر من الأزواج في العلاج، أو كذلك على الرغم من أن فئة "مقاطعة بعضيهما بشكل متبادل/ أخذ الكلام من الآخر" تفصل بين المجموعات بشكل دال إلا أنه باتجاه أن الأزواج السعداء قاطعوا أزواجهم أكثر من الأزواج في المعالجة (Zimmer, Oberdorfer, Sommer, Raschert& Weinert,1979). وبما يشبه هذه المفاجئة يشير غوتمان (Gottman,1994) إلى أن النزاع المتكرر وتجنب الصراع على حد سواء ليسا متنبئات بالطلاق، إذا ما تمت موازنتهما بمقدار عال من التواصلات الإيجابية.

فعلى أي شيء ينبغي للإكلينيكي أن يركز؟ المهم هو فيما إذا كان الزوجان قادران على الإخبار بما يميلون إلى إخباره، وفيما إذا كانا قادرين كذلك على وصف المشاعر والأفكار والرغبات بشكل دقيق، وفيما إذا كانا مستعدين لإعطاء تغذية راجعة حول الكيفية التي يعيشان فيها سلوك الآخر. هل صيغة ما من الطروح ممكنة، أو لا يتم تبخيسها من الآخر بلاداع أو غير مزعجة؟ وعلى ما يبدو فإن التواصل يشترط أيضاً وجود إدراك دقيق للذات والاستعداد للانفتاح الذاتي، أي الثقة والشجاعة، وهو غير قابل للاختزال إلى كفاءات سلوكية. ومن ناحية المستقبل يتم تقييم الاستعداد والقدرة على تبني وجهة النظر وللإحساس بالآخر بشكل إيجابي، كالاستعداد للتخلي عن التعابير الذاتية إلى أن يصبح توضيح طرح المرسل ممكناً. أما أهداف تدريب المهارات فهي التلخيص الشارح وإعادة الصياغة والاستفسار الفاعل. ولابد من فحص قدرات كلا الشريكين كذلك، وتصميم الجلسة من خلال الإشارات غير اللفظية أو فوق اللفظية nonverbal & Para verbal Signals بحيث يصبح التبادل بين الإخبار والإصغاء ممكناً.

اختبارات السلوك: إذا أراد الإكلينيكيون اختبار مدى وضوح الكفاءات يقومون

بخلق مواقف تجعل من هذا السلوك ملحوظاً. وهنا أرغب بوصف ترتيب تجربة لإحدى دراساتي (Zimmer,1983):

تم إعطاء الزوجين الذين تم تسجيلهما على فيديو، ورقة وقلم. وكان على الورقة حوالي عشرة مواضيع من الخلافات الممكنة ("كيف نصرف النقود"، "كم من الوقت يحتاج كل واحد لنفسه"، "كم ينبغي للمنزل أن يكون نظيفاً ومرتباً"، "كم مرة نزور الوالدين والحموين"، "كيف نربي الأولاد" ...الخ)وقد تم بداية الطلب من الزوجين الاتفاق حول أي من المواضيع هي في الوقت الراهن الأهم بالنسبة لهما ("بناء الاتفاق على الرغم من الأولويات المختلفة في العادة")، والحديث في النهاية حول الأفكار والمشاعر والرغبات التي يمتلكها كل واحد حول الموضوع ("التواصل").

كما يمكن للمعالجين أن يلعبوا أدواراً تشخيصية وينفذونها كذلك في مواضيع منتقاة:

- التعبير عن المشاعر الإيجابية/ التغذية الراجعة.
- التعبير عن المشاعر السلبية وحوارات صراع.
- التعبير عن الرغبات/ الحاجات، الحوارات حول اهتمامات متناقضة.

ينبغي لاختبارات السلوك ألا تستمر لأكثر من 15 دقيقة وينصح بسبب التوتر الممكن بالتخطيط لترك وقت للجلسة العلاجية في النهاية.

كيف يتم تقويم الملاحظات؟ تسود في الأبحاث الأساسية [أبحاث الأسس] منظومات تقويم فئوية. وهنا يتم تصنيف سياق التواصل Communication Sequence إلى فئات مضمونية وفئات غير لفظية. وقد اشتهرت منظومة تسجيل [تعداد] التفاعلات الزوجية السريعة[1] (Krokoff, Gottman& Hass,1989) أو منظومة فئات التفاعل

---

(1) rapid couples interaction scoring system

الزواجي[1] (Hahlweg, 1086). ونظراً للاستهلاك الكبير من الوقت البالغ سبع ساعات أو أكثر بالنسبة لتقويم ساعة الفيديو فإنه لابد من توفر بدائل أخرى للتقويم بالنسبة للممارسين.

أما مقاييس التقدير لجودة التواصل فهي أقل تكلفة إلى حد ما (Zimmer,1983)، والتي قد تتمتع بالصدق والثبات، غير أنها لا تتيح لنا إجراء تقويم لاحتمالات التغير في سياقات التواصل[2]. إلا أن الإكلينيكيين يستخدمون مقاييس التقدير بشكل ضمني من أجل تقويم وضوح التصريحات وتمايزها [دقتها] أو التواصل المباشر وغير المباشر أو مقدار التعميم والتوقعات في التصريحات.

تقويم لعب الأدوار التشخيصية: إذا ما لم يكن بالإمكان استخدام أدوات تقييم مكلفة فيمكن للإكلينيكيين تقييم لعلب الأدوار من خلال الأسئلة التالية، والتي يمكن أن تكون سبباً لمزيد من السبر أيضاً:

- هل عبر المفحوص عن مشاعره؟
- إذا كانت الإجابة نعم، فهل حدث هذا بشكل مباشر أم غير مباشر ، وهل حصل ذلك بالشدة التي شهدها فيه؟
- كم كانت لغة الجسد منسجمة [أصيلة] هنا؟
- هل تم الإخبار عن الاستعرافات المنتمية للانفعالات بشكل مفهوم؟
- هل يوجد دلائل على انفعالات/ مواضيع خلفية لم يتم الإخبار عنها؟
- هل يمكن ربما صياغة رغبات مشاركة؟
- هل كان هناك كلمات استثارة، شكاوى، اتهامات، قد تجعل من الصعب على الآخر إجراء حوار منسجم [أصيل]؟

---

(1) CategoriesSystem for PartnershipInteraction

(2) Changeprobability of Communication sequence

3.5.2 طبيعة بنية التأثير واختبار بنية العلاقة

تنشأ في لعب الأدوار أيضاً صورة من التوجيه المتبادل للحديث متساوي التأثير أو غير متسق التأثير. فهل يستطيع الطرفان التكلم والإصغاء بالتبادل، هل يستطيع كل واحد الكلام عن نفسه هو وأن يعبر عن التقدير والاحترام للآخر؟ هل التأثير صريح ومباشر وشفاف أم مخفي وغير مباشر من خلال التعبير عن المعاناة الذاتية وتوصيل مشاعر الذنب؟

كما يمكن الحصول على مثل هذه الانطباعات من خلال ما يسمى اختبار بنية العلاقة Relationship Structure Test. وفيه يتعلق الأمر بمهام تقرير مخفي للاتفاق:

"ما الذي قادكما إلي؟"، "هل يزعجكما أن أسجل الجلسة على شريط فيديو؟" (أنظر أعلاه أيضاً مهام بناء توافق الآراء consensus Reaching). وهنا على المعالج ألا يبدأ مع أي واحد من الشريكين الطلب بشكل غير لفظي، من خلال النظرات على سبيل المثال. وقد توضح الإجابتان التاليتان عن السؤال عن جهاز التسجيل بالفيديو طيف الاستجابات الممكنة:

- الزوج (أ): الزوجة: "لا، لا يزعجنا كلانا التسجيل على شريط فيديو".
- الزوج (ب): يسأل الزوج زوجته: "أتقصدين أن هذا قد يزعجني؟".

3.5.3 مجريات التفاعل والتصعيد

لإسهامات التفاعل الإيجابية والسلبية الميل لأن يجاب عنها بصورة تبادلية. وينطبق هذا بشكل خاص على السلوك السلبي، بحيث أن المساهمات التنافسية تقود إلى أن يتبدل الآخر المتعاون إلى أسلوب تنافسي competitive. وهنا يكون خطر التصعيد والأرجحة قد انبثق، ونجده في الزيجات السعيدة وغير السعيدة على حد سواء. غير أنه توجد في الزيجات المستقرة القدرة على الخروج من مثل هذه التصعيدات بسرعة، وإعادة توجيهها، وإبداء سلوك معاكس للدوران anticyclic وعلى التصالح ثانية

(Rovenstorf, Hahlweg & Schindler,1981). وحول هذا لا توجد معايير وقلما يستطيع الممارسون استخدام الطرق المستعملة في البحث لتحليل السلاسل الزمنية وحساب احتمالات الانتقال. إلا أنه على الإكلينيكيين أن يستقصوا كم تمتد التفاعلات الهدامة وفيما إذا كان كلا الشريكين يسهمان في إعادة التوجيه والتصالح أم لا.

3.5.4 المخاوف التكاملية والتصعيد

قد يشير انهيار المهارات التواصلية، وبشكل خاص الاستعداد للإصغاء التعاطفي، إلى صراعات متناقضة قطبية أو إلى مخاوف راهنة. فالمشاعر المشاركة شديدة والتنازل سوف يعاش على أنه تهديد لمشاعر القيمة الذاتية وتهديد للأهداف الذاتية المهمة في سياق تاريخ الحياة.

وأغلب الصراعات التكاملية هي عبارة عن رغبات لـ (أ) الأمان/ القرب مقابل الاستقلالية/ التباعد أو لـ(ب) النظام/ الثقة [الأمانة] مقابل الحرية/ العفوية. ويمكن للمخاوف المعبر عنها (كالخوف من الهجر على سبيل المثال) أن تنشط خوفاً تكاملياً لدى الشريك (من تضييق الاستقلالية وفقدانها على سبيل المثال). والتعبير عن هذا الخوف من ناحيته هو سبب ونتيجة للقلق المعبر عنه في البداية.

أدخل ج. ويللي (J. Willi,1975) وعلى خلفية سيكوديناميكية مصطلح التواطؤ Collusion تعبيراً عن ذلك، مرتبطاً مع الفرضية القائلة أنه عند انتقاء الشريك تقود محاولات الشفاء الذاتي لانتقاء شريك بحاجات تكاملية، تصبح لاحقاً سبباً للتوتر الزواجي.

3.5.5 النسبة بين التواصل الإيجابي والسلبي

تقول إحدى النتائج الأخرى للأبحاث الأساسية أنه لا يمكن بشكل أساسي التنبؤ بالطلاق عبر أنماط التواصل السلبية، بل من خلال نسبة التواصلات السلبية إلى الإيجابية. فوفق بيانات غوتمان (Gottman,1994) فإن النسبة البالغة من خمسة إلى واحد (التصريحات الإيجابية إلى السلبية) ترتبط مع الرضا عن العلاقة واستقرارها.

4- تاريخ خبرات العلاقة

يفيد تاريخ المشكلة في تطوير فرضيات نشوئية. إنه يساعد المرضى في إعادة ترتيب تاريخ التعلم عند كلا الشريكين ومن ثم فإن له آثار علاجية بوصفه يمكن أن يقود إلى تفهم أعمق كلا الشريكين لبعضيهما.

والمنطلق هو النمط أو التصويرة التي ينبغي توضيحها، والتي تصف الانفعالات والاستعرافات وأنماط التواصل النمطية عند كلا الشريكين فيما يتعلق بالموقف الأساسي الحرج. ولابد للتاريخ أن يمتلك هنا ثلاث نقاط أساسية:

1- إعادة البناء من بداية السوء ومجراه حتى العلاقة الراهنة.
2- الخبرات في الأسرة المنبع مع الأشخاص المهمين (الوالدان، الأخوة، الآخرين) والمواضيع (نماذج لأدوار النساء والرجال، الأمان، الاستقلالية، القواعد، إدارة الصراع، الانفصال).
3- تاريخ الزواج نفسه

5- تقويم عمليات التعديل

بالنسبة للتقويم في البحث برهن استبيان الشريكين لهالفيج (Halweg,1986) صدقه وثباته وحساسيته للتعديل. وبالنسبة لقياس التواصل يمكن استخدام مقياس التواصل الزواجي المقتصد للوقت (Kroeger et al.,2000) (كرنباخ ألفا=0.80). فإذا ما كان الهدف قياس وجوهاً منفردة للتفاعل فإنه ينصح وحسب ما نريد معرفته باستخدام منظومات الفئات أو مقاييس التقدير لتحليل مقاطع وعينات من التفاعل.

ومن أجل تقويم المعالجات الزوجية المنفردة فيمكن كذلك استخدام مقياس هالفيج. الأهم من هذا يبدو تقدير المرضى والمعالج فيما إذا كان هناك نمو في المشتركات الإيجابية أو الاستقلالية أو كليهما، وفي الصراحة والشجاعة على مناقشة الصراعات ناجمة عن العلاج.

ومما هو جدير بالنقاش السؤال فيما إذا كان لا بد من تقييم الانفصال كفشل أم لا. فكثير من المعالجين يقيمون نمو التعلم الفردي بشكل أشد من استمرار الزواج.

وبما أن العلاقات تتضمن دائماً حلولاً وسط وتنازلات، فسوف يقوم المعالجون والمرضى ذوي الحاجة الشديدة لتحقيق الذات والاستقلالية هنا بتقييم غير تقييم الناس الذين يلقون قيمة كبيرة خاصة على الأمان والارتباط.

وحتى الآن مازال من الصعب طرائقياً قياس الأهداف التالية، التي أصبحت بالنسبة لي مهمة في العلاج الزواجي:

- تقبل، أن الزوجين حتى في العلاقات المتينة في بعض الأحيان "كما لو كانا يعيشان في عوالم مختلفة" ولديهما تفسيرات مختلفة كلية ووصف مختلف للتاريخ ومشاعر ورغبات مختلفة، من دون أن يشعرا بأنهما مبخسان من خلال هذه الحقيقة.
- قبول، أن الحياة المشتركة في بعض الأحيان قد تحمل في طياتها أوقاتاً عصيبة يصعب تحملها.
- التسامح مع نقاط الضعف التي لا يمكن دائما تغييرها لكلا الشريكين، وتحمل الاختلافات التي لا يمكن ردمها.
- الشجاعة، ليس على التفكير ببرنامج مثالي فقط.

كما يمكن للمرء أن يرى في ذلك مهمة محاولة حل المشكلة المحافظة على استمرارية المشكلة. فقد عبر مريض في نهاية العلاج عن هذا على النحو التالي: "عبر سنوات طويلة حاربت كي تغير زوجتي نفسها، ولم أنجح. غريب...الآن وبعد أن بدأت بتقبلها كما هي، فقد بدأت بتغيير نفسها".

مثال حالة:

الزوجة ربة منزل تبلغ من العمر 44، والزوج موظف إداري يبلغ من العمر 48 سنة، لديهما ابنة تبلغ 16 سنة.

سبب الشكوى:

هي مكتئبة، إلا أنها متوترة بشدة في الوقت نفسه، وتشكو من نوعية العلاقة، باتهامها لزوجها بأنه لا يستطيع الكلام وتشعر أنها غير محبوبة ومتروكة كثيراً لوحدها. وقد تمت مصادقة هذه الشكاوى من خلال القيم المرتفعة التي حصلت عليها أيضاً على مقياس "التواصل الوجداني" من استبيان تقدير العلاقة الزوجية والأسرة. وفي قائمة المشكلات أظهرت قيم صراع عالية بشكل خاص في مجالات "وقت الفراغ، اهتمام الزوج والتواصل".

وهو يتهمها بأنه يشعر أنها لاتفهمه. وفي الوقت نفسه يشكو من أنه منهك ومكتئب ومُسْتَنْزَف ولديه في بعض الأحيان مشكلات جنسية (اضطرابات انتصاب). وظهرت هذه المشكلة الجنسية أيضاً في من خلال القيم غير الملائمة في مقياس "عدم الرضا الجنسي".

الإجراء التشخيصي:

قاد السبر في الإطار الفردي والزوجي وملاحظات السلوك في لعب الأدوار إلى التقدير التشخيصي التالي: يوجد بينهما عدم مساواة فيما يتعلق بالاستعداد للانفصال) أفكار الانفصال [المقياس 1–6]: القيمة لدى الزوجة =5 ولدى الزوج=2). وكلاهما غير راض عن زواجه، مع العلم أن هذا أوضح لدى الزوجة (كلاهما حصل على درجات مرتفعة في مقياس استبيان الشريكين).

وفيما يتعلق بتصويرات الارتباط لكلا الشريكين ظهرت الصورة التالية: لقد تمت المصادقة مراراً وتكراراً على فرضيتها الأساسية القائلة "أنا غير محبوبة" من خلال

الإهمال المعاش من الزوج. وعلى الرغم من نقص الاستعداد لإنهاء الزواج فإن الخوف من أن يتم التخلي عنها يلاحقها. ومن أجل تجنب هذا اختارت استراتيجية حل للمشكلة تتمثل في ضمان الاستقرار في الزواج والأسرة من خلال حياة ربة البيت المضحية ورعاية زوجها وابنتها. إلا أن نتيجة هذه المساعي كانت سلبية، إذ ظلت حاجاتها للقرب والحب والانسجام دون ارتواء.

وفي السلوك التواصلي بدت صامتة في البداية لتصل لاحقاً إلى الشكاوى المربكة ("أنت لاتهتم بي أبداً"). ومن خلال التقرب ومحاولات الاحتكاك الضئيلة منه والاهتمام المتزايد من خلال البنت تم تعزيز شكاواها إيجاباً وسلباً. وبالعكس تمت تقوية سلوك الاهتمام لدى الزوج من خلال أنه يستطيع إنهاء الشكوى بين الحين والآخر.

تتصف تصويرات العلاقة بالنسبة للزوج: "أنا لا أستحق الحب في الواقع؛ أنا لست على قدر زوجتي لفظياً؛ أنا لا أتحمل النزاعات". كما تتصف حالته الانفعالية من خلال الخوف من النقد لهذا فإن اتهامات زوجته له منفرة بشكل خاص. وتتمثل استراتيجيته في حل المشكلة في الالتزام الشديد بالعمل والاهتمام بالدرجة الأولى بالترقي المهني - وتعويضياً عن سلوكه الزوجي وكذلك من أجل التملص من انتقادات زوجته-بتدليلها بالقيم المادية (المال، السيارة، الأملاك). وعلى الرغم من أن هذه الأخيرة قد قادت لتسكين الوضع (على المدى القصير) إلا أن الوضع بقي على المدى المتوسط بسبب غياب القرب عند النقد والتبخيس من خلالها. وعلى سبيل التناقض اشتكى هو في مكان آخر من أنه لا يجد الأمن والأمان والطمأنينة في العلاقة وهو ما يتوق إليه بشدة. كما أن هذا قد أدى دائماً إلى تدليلها مادياً. وكان يتجنب الحالات المقيتة من خلال طول العمل. أما الوئام فقد حاول تحقيقه من خلال السلوك اللفظي الدفاعي التضعيفي ومن خلال تجنب الصراعات والتحكم الصارم بالمشاعر العدوانية الممكنة (قيم مقياس العدوانية في استبيان الشريكين كانت ضعيفة أيضاً بما ينسجم مع ذلك).

الخلفيات التاريخ حياتية:

إنها الأكبر بين أربعة أخوة وكان عليها دائماً أن تكبت رغباتها بسبب المسؤولية الكبيرة الملقاة على عاتقها. وقد ازداد هذا صعوبة بشكل خاص من خلال الغياب الكثير للأب عن المنزل بسبب العمل ومرض الأم النفسي المتكرر وتلقيها العلاج الطبي النفسي في المستشفى، ومن ثم لم تكن تتحمل أعباء كثيرة. وكانت النتيجة الحرمان الانفعالي الشديد وتولي دور الأم مع أنها كانت تأمل، دون جدوى، في الحصول على الحب الأمومي عندما تنجح في المهام المرهقة لتربية أخوتها. إنها تصف تاريخ حياتها وكأنها قد عملت دورة تدريبية مكثفة بالتنازل عن حاجاتها وفي القدرة على التحمل.

كان الزوج من جهته الابن الوحيد لأب غير مساند ويشرب الكحول، الذي تطلب في فترة اضطرابات ما بعد الحرب العالمية الثانية المراعاة والمساعدة الملموسة من قبل ابنه المراهق في الزراعة. أما أمه فقد وصفها بأنها ضعيفة وميالة للاكتئاب. وكان الأمر يتعلق بشكل خاص باستيفاء الواجبات المرهقة حتى الإنهاك، من أجل أن يتم تركه فيما بعد يرتاح.

وكانت خبراته التي يتذكرها: لايوجد مكان لحاجاتي؛ فإن نسيت نفسي وساعدتُ حتى الإنهاك فسيتم تركي بحالي وربما أحصل على الاعتراف أيضاً. وعلى هذه الخلفية تطور لديه هدف حياة مسيطر يتمثل في تجنب الفقر من خلال السعي المتزايد، ومن خلال استراتيجية تجنب النزاع أيضاً، وفي الوقت نفسه تأمين الأمان المادي ومستوى الحياة المرتفع.

أفكار المعالج حول الهدف :

كهدف مشترك يبرز:

1- خلق تفهم متبادل للحاجات والرغبات المجروحة

2- بناء تطور تاريخ حياتي للتصويرات التفاعلية

وينبغي أن يتم تحقيق هذا من خلال أن يتعرف كلاهما على أن جزءاً من المشكلات المعاشة ليست ناجمة عن أحدهما، وإنما قد تشكلت التركيبة الزوجية ونمط التفاعل المبني على أساس التعويض التاريخ حياتي.

كما ينبغي أن يصبح المزيد من الصراحة والاستعداد للنزاع وبشكل خاص التبادل الإيجابي ممكناً لديهما. وينبغي مساعدة الزوج على مواجهة مخاوفه من النقد، والتعامل بشكل أفضل مع المشاعر السلبية في تواصل صريح، والإحساس بالرغبات والسماح لها [تقبلها]، وإبداء التفهم المتعاطف وتحسين ظروف التبادل غير الملائمة من خلال نشاطات وقت الفراغ المشتركة، الأكثر إيجابية.

وعلى المرأة أن تتعلم، التعبير عن الرغبات قبل أن تتفاقم مشاعر الإحباط، والتواصل بوضوح عما تحتاجه وكسر دورة تفاعل الابتزاز الانفعالي من خلال سحب الاتهامات والنقد مع القيام بسلوك تقارب في الوقت نفسه وبشكل خاص عندما يبدي الزوج سعياً باتجاه التواصل الإيجابي والتفاعل.

32- اضطرابات الشخصية

توماس فيدريش

1- مدخل

تستند كل المحكات المذكورة في الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 لتشخيص اضطرابات الشخصية تقريباً على خبرة وتصرفات الناس في تفاعلهم مع الآخرين. ومن هنا ولسبب وجيه يمكن النظر لكل المشكلات الموصوفة ضمن هذا العنوان على أنها اضطرابات تفاعل بين شخصية[1] interpersonal. ويتم توجيه التفاعلات البين إنسانية من ناحيتها بدوافع مختلفة للمتصرف، مع العلم أن هذه الدوافع تتعلق بتاريخ حياة الفرد وبرؤية الشخص نفسه وتفسير الأحداث وتصرفات الآخرين. ومن هنا فإن الأمر الفاصل لفهم المرضى الذين يحققون محكات أحدى اضطرابات الشخصية أو عدة اضطرابات منها هو أنه في مثل هذه الحالات ليس الشخص نفسه (بالمعنى الضيق لمفهوم "اضطراب الشخصية") هو المضطرب، بل هو وجود اضطراب مركب لسلوك وخبرة العلاقات البين إنسانية (قارن Fiedler,2001; Fydrich,2001; Sachse,1997). وهذا يعني أنه توجد أنماط الخبرة والتفسير الفردية، وربما المميزة لاضطراب ما، والتي تترافق مع تصرفات (معطوبة في الغالب). وهذه التصرفات والخبرات إما أن تقود لدى الشخص نفسه أو في محيطه الاجتماعي إلى معاناة مهمة أو تقييدات أساسية. ومن ثم فإنه لا ينبغي النظر لتصرفات الأشخاص التي تحقق المحكات لاضطراب أو لعدة اضطرابات من الشخصية على أنها ضروب من الشخصية للمعني غير قابلة للتعديل أو غريبة أو حتى شريرة وإنما على أنها نمط خاص من تفسير العلاقات البين إنسانية والتفاعلات التابعة له. إلا أنه غالباً ما تقود هذه التفاعلات إلى مشكلات وصعوبات في العلاقات مع الآخرين ومن هنا غالباً ما تترافق مع معاناة فردية أو مشكلات وضغوط واضحة للمحيطين.

(1) بين الشخص والآخرين.

2- السمات الأساسية وصورة الظهور

وفق سمات التحديد الواردة في الفصل الخامس من دليل منظمة الصحة العالمية الآي.سي.دي. العاشر ICD-10، وما يشبه ذلك أيضاً في الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV فإن اضطرابات الشخصية صور من الحالات المستمرة طويلاً وأنماط سلوكية متجذرة بعمق ومن ثم ثابتة إلى حد كبير، والتي هي عبارة عن تعبير لنمط الحياة الفردي المميز واتجاهات الشخص نحو ذاته. وتتجلى هذه التصرفات كاستجابات جامدة على الأوضاع الحياتية الاجتماعية والشخصية المختلفة. وبالمقارنة مع غالبية السكان المعنيين تنحرف أنماط خبرة وتصرفات الشخص فيما يتعلق بالإدراك والتفكير والوجدان والعلاقات بالناس الآخرين بشكل واضح عن السلوك "الطبيعي".

وتعد اضطرابات الشخصية على الأغلب بأنها متسقة مع الأنا [مستوطنة في الأنا Ego Syntonic] وهذا يعني أن الأنماط المنحرفة أو غير المألوفة للخبرة والسلوك تبدو من وجهة النظر الذاتية وكأنها جزء من الشخص ذاته وتنتمي إليه ومن ثم فهي لا تعاش في العادة على أنها مزعجة ولا على أنها منحرفة. بالمقابل فإن الخصائص فيما يسمى بالاضطرابات الأعراضية (من نحو الاضطرابات الوجدانية أو الرهابية على سبيل المثال) تعاش على أنها غير متسقة مع الذات [غريبة عن الذات Ego-Dystonic]، أي لا تنتمي للشخص ذاته أو ليست جزءاً مناسباً لذاته. إلا أن المعبر بين الاتساق مع الأنا والغربة عن الأنا مطاط. فكثير من اضطرابات الشخصية تمتلك – على الأقل بالنظر لأعراض أو محكات معينة– صبغة الغربة عن الأنا بوضوح. ومثال ذلك هنا عدم الثقة بالنفس في اضطراب الشخصية الخوافة التجنبية أو الإحساس بالخواء الداخلي أو تأرجحات المزاج الشديدة في اضطرابات الشخصية الحدودية على سبيل المثال . كذلك يوجد أجزاء واضحة من أنماط الخبرة والسلوك المنسجمة مع الأنا [المستوطنة بالأنا] في الاضطرابات الأعراضية، كالتصورات الهذيانية في الفصامات أو التعداد التدقيق للحريات لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طعام معينة على سبيل المثال.

3- المحكات التشخيصية في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. الرابع DSM-IV

تم تقسيم اضطرابات الشخصية المنفردة في منظومة تصنيف الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV إلى ثلاثة مجموعات، ما يسمى بالمصفوفات [العناقيد Cluster]. فسميت المصفوفة (A) "بالغريبة الأطوار strange، الشاذة eccentricوتشمل اضطراب الشخصية الزورية [البارانوئية] والفصامانية Schizoid واضطراب الشخصية من النمط الفصامي Schizotype. وسميت المصفوفة (B) بالمسرحية (أو المأساوية، الدراماتيكية dramatic)، الانفعالية، المتقلبة، وتشمل اضطراب الشخصية الاستعراضي [المسرحي أو التمثيلي histrionic] واضطراب الشخصية النرجسي واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع واضطراب الشخصية الحدودية. وفي المصفوفة (C) والتي سميت القلقة-الخوافة، تم وضع اضطراب الشخصية غير الواثقة من نفسها والمتعلقة والقهرية. وفي ملحق الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV تم اقتراح اضطرابين آخرين للشخصية، اضطراب الشخصية العدواني-السلبي Passive-aggressive واضطراب الشخصية الاكتئابية.

وعند التشخيص التصنيفي الفئوي لاضطرابات الشخصية لابد من الأخذ بعين الاعتبار أنه ليس بالضرورة أن يتم استيفاء السمات المجدولة للاضطرابات المنفردة فحسب بل لابد بالإضافة إلى ذلك من التأكد من سلسلة من المحكات الأساسية المهمة (وهي محكات G وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10). وطبقاً لذلك لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية إلا عندما:

- يكون مجالين على الأقل من المجالات التالية مصاباً: الاستعراف (الإدراك، الاتجاهات، التفسيرات)، الوجدان، التحكم بالدوافع وإشباع الحاجات، بناء العلاقات،
- يظهر السلوك في طيف واسع من المواقف الاجتماعية والشخصية ويكون هنا غير مرن وغير متلائم وغير هادف.
- يقود السلوك المطابق إلى معاناة شخصية أو إلى تأثير مؤذ أو كليهما على المحيط الاجتماعي.

- يكون الانحراف ثابتاً ومستمراً لفترة طويلة وقائماً منذ الطفولة المتأخرة أو المراهقة.
- لا يمكن تفسير الصفات بنتيجة اضطراب نفسي آخر أو من خلال وجود اضطراب نفسي آخر
- بالإضافة إلى ذلك فإن السمات ليست نتيجة مرض عضوي.

وغالباً لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية بناء على المقابلات التشخيصية الإكلينيكية لوحدها. بل لابد للتشخيص أن يأخذ بعين الاعتبار عدداً من مصادر المعلومات منها على سبيل المثال ملاحظات السلوك وتقارير الأقارب ومعلومات المعارف والملفات.

وهناك بعض الفروق بين منظومة تصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. الرابع DSM-IV فيما يتعلق بالتصنيف التشخيصي ووصف اضطرابات الشخصية . فالآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يعطي ثمانية فئات فرعية لاضطرابات الشخصية أما في الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV فهي 12 فئة (أنظر جدول 1).

كما تمت في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 إضافة فئات تشخيصية إضافية لتغيرات الشخصية تحت الفئة التصنيفية (F62.0) والفئة (F62.1) إلى جانب اضطرابات الشخصية. وهذه التغيرات قد تظهر إما تحت الضغوط المتطرفة (F62.0) أو بنتيجة مرض نفسي (F62.1). وتختلف تغيرات الشخصية عن اضطرابات الشخصية بالبدء والمجرى. فاضطرابات الشخصية تبدأ كما ذكرنا أعلاه – في المراهقة أو في سن الرشد المبكر ولا يتم تشخيصها إذا كانت ناتجة عن مرض نفسي آخر بالأصل أو عن إصابة في الدماغ أو ضغط شديد أو مستمر لوقت طويل أو حرمان متطرف extreme Deprivation. وفي مثل هذه الحالات يمكن تشخيص تغير في الشخصية.

وسوف نقوم فيما يلي وطبقاً لتقسيم الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV بوصف مختصر لاضطرابات منفردة من الشخصية (مأخوذة عن Renneberg & Friedrich,2004).

3.1 المجموعة الرئيسية (A) (الغريبة الأطوار strange، الشاذة eccentric)

اضطراب الشخصية الزورية Paranoid Personality Disorder

السمة الأساسية هي نمط موجود باستمرار من الشك والحسد، وكذلك تفسير التصرفات الحيادية أو ذات القصد الإيجابي للآخرين على أنها عدائية أو مؤذية أو مهينة.

اضطراب الشخصية الفصامانية Schizoid Personality Disorder

السمة الأساسية لاضطراب الشخصية الفصامانية هي النقص في التفاعلية الانفعالية emotional Reactivity – سواء بالاتجاه الإيجابي أم السلبي. يتبع الشخص بشكل قصدي نمط حياة اجتماعية منعزلة جداً، فيتميز الشخص بتباعد بين شخصي وانفعالي. ويعيش الأشخاص حياة منسحبة جداً في الغالب ويشعرون المواقف التي يتعاملون فيها مع الناس آخرين كثيرين بأنها أقرب للمرهقة.

اضطراب الشخصية من النمط الفصامي

غالباً يتصف الأشخاص الذين لديهم صفات من النمط الفصامي أفكاراً شاذة eccentric وإدراكات أو تصورات غير مألوفة ("الحاسة السادسة") ويؤمنون بالخوارق [الغيبيات]. إنهم يشعرون في المواقف الاجتماعية بالضيق والغربة في الغالب. ويوجد نوع من الشبه مع الفصام ذي الأعراض المنفردة، الأمر الذي يتضح أيضاً من خلال وضع هذا التشخيص في الفئة (F2) في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10.

3.2 المجموعة الرئيسية (B) (المسرحية، المأساوية dramatic، الانفعالية، المتقلبة)

اضطراب الشخصية اللااجتماعية أو المضادة للمجتمع
Dissocial or antisocial Personality Disorder

تتصف الشخصية المضادة للمجتمع بتصرفات تتمحور بشكل خاص على إشباع الحاجات الخاصة. وهنا يتم خرق القواعد والقوانين في الغالب؛ فالأشخاص لا يمتلكون

الجدول (1): اضطرابات الشخصية وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV-TR

ترميز ICD-10	ICD-10	DSM-IV
F60.0	الزورية	الزورية
F60.1	الفصامانية	الفصامانية
F60.2	اللاجتماعية Dissocial	المضادة للمجتمع antisocial
F60.3	غير المستقرة انفعالياً	
F60.30	النمط الاندفاعي	اضطراب انفجاري متقطع [1] intermittent explosible Disorder
F60.31	النمط الحدودي	الحدودية
F60.4	الاستعراضية، المسرحية	الاستعراضية، المسرحية histrionc
F60.5	الوسواسية (القهرية) anancstic-obsessive	القهرية obsessive
F60.6	الخوافة (التجنبية)	التجنبية–غير الواثقة بنفسها
F60.7	المتعلقة	المتعلقة
F60.8	خاصة أخرى	
F60.80	النرجسية	النرجسية
F60.81	العدوانية السلبية [غير الفعالة][2] Passive-aggressive	العدوانية السلبية [غير الفعالة] (الشكاكة) Negativistic
F60.9	غير المحددة بدقة	غير المحددة بدقة
		الاكتئابية [2]
	(اضطراب من النمط الفصامي؛ F21 [3]	اضطراب الشخصية من النمط الفصامي

(1) تم ترميزه في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR على المحور الأول. (2) تم اقتراحه في الدي.أس.أم. DSM-IV في الملحق، (3) تم ترميزه في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تحت F21

مشاعر ذنب ولا يظهرون الندم. وغالباً ما يكون السلوك اندفاعياً ويترافق مع ضعف في تحمل الإحباط وعدم القدرة على التخطيط المستقبلي والمسؤول والتصرف طبقاً لذلك. وقلما يشعر الشخص بالخوف أو لا يشعر به على الإطلاق. وغالباً ما نجد تاريخاً طويلاً من الصراعات مع المربين والقانون. ويلاحظ السلوك الإشكالي المهم قبل سن الرابعة عشرة (من خلال الدخول في عراكات، السرقة).

اضطراب الشخصية الحدودية Borderline Personality Disorders

يبدي الأشخاص الذين لديهم اضطراب شخصية حدودي نمطاً بالغ الأثر من عدم الاستقرار في العلاقات البين إنسانية وفي صورة الذات وفي النشاطات. وهم غالباً ما يكونوا شديدي الاندفاعية. ويتصفون بالإضافة إلى ذلك بالتقلبات المتطرفة في المشاعر والتصورات القيمية وفي صورة الذات. وتتجلى التصرفات الاندفاعية في الغالب في المجالات المختلفة (العقاقير، الكحول، الجنسية، القيادة للسيارة). والسمة الإكلينيكية الغالبة المميزة هي إلحاق الأذى بالذات والتصرفات الانتحارية.

اضطراب الشخصية الاستعراضية histrionic Personality Disorder

غالباً ما نجد انفعالية مبالغ بها وتوق مفرط للحصول على الاهتمام والتوكيد [المصادقة]. ويحتاج المعنيون باستمرار للاعتراف والمديح ويبحثون عنهما دائماً. وكذلك المظهر (اللباس والظهور)؛ فغالباً ما يكون ملفتاً للنظر. وفي السلوك البين إنساني غالباً ما تحتل تقاريرهم ووصوفاتهم لخبراتهم وانفعالاتهم الذاتية مركز الصدارة ويبالغون في وصفها ويصورنها بصورة دراماتيكية. إلا أنهم غالباً ما يبدون للآخرين في هذا سطحيين.

اضطراب الشخصية النرجسية narcissist Personality disorder

يرى الأشخاص باضطراب الشخصية النرجسية على أنهم عظماء ويكونوا مقتنعين بأنهم مميزون. وغالباً ما يترافق مع هذا نقص في القدرة على الإحساس بمصالح ودوافع

الآخرين. ولا يستطيع المعنيون التعامل مع النقد. ويمتلكون وضعية مطلبية عالية، بمعنى بأنهم يستحقون كأشخاص أن يتم الاهتمام بهم بطريقة خاصة. واضطراب الشخصية النرجسية يعد من اضطرابات الشخصية التي تتضمن أجزاءً قوية من الاتساق مع الأنا.

3.3 المجموعة الرئيسية (C) (القلقة-الخوافة)

اضطراب الشخصية الخوافة التجنبية (غير الواثقة من نفسها)
anxious avoidant (self-unconfidence) Personality Disorder

تتمثل لسمة الأساسية في عدم الثقة الكبيرة بالنفس، تقود إلى تجنب الكثير من المواقف الاجتماعية أو إلى التجنب في المواقف الاجتماعية. ويعد الأشخاص المعنيون أنفسهم على أنهم غير لبقين اجتماعياً [ملخومين اجتماعياً] وغير جذابين وأغبياء. كما أنهم يتصرفون في العلاقات الشخصية المقربة بخجل وتحفظ شديد. ويمكن اعتبار اضطراب الشخصية غير الواثقة بنفسها على أنها شكل خاص شديد من الرهاب الاجتماعي.

اضطراب الشخصية التعلقية Dependent Personality Disorder

تتصف الشخصية التعلقية بعدم القدرة على اتخاذ القرار بشكل مستقل، أي من دون أن ترجع إلى شخص مرجعي قريب وتأخذ موافقته. وغالباً ما يتصرف الأشخاص بخضوع. كما أنهم يتصرفون في أمور الحياة اليومية وفق الآخرين ويهابون الصراعات والمواجهات. وكثيراً ما نجد لديهم مخاوف كبيرة من فقدان الشخص المرجعي القريب منهم ويبدو للمعنيين أنهم غير قادرين على تصور فكرة أن يعيشوا لوحدهم.

اضطراب الشخصية القهرية Obsessive Personality disorder

يتمثل لب هذا الاضطراب بنمط من الجمود والكمالية. فهؤلاء يطرحون مطالب

عالية فيما يتعلق بإنجازهم الذاتي ودقة مبالغ بها وعدم القدرة على تكليف الآخرين بالمهام. وغالباً ما ينشغل المعنيون بوضع قوائم دقيقة ويضيعون في التفاصيل، بحيث أنهم لا يستطيعون في النهاية إنهاء واجباتهم. كذلك فيما يتعلق بالقيم الأخلاقية فإن هؤلاء الأشخاص يمتلكون رؤى صارمة وجامدة.

وفي ملحق الدي.أس.أم. DSM-IV تم اقتراح اضطرابات إضافية من الشخصية للبحث:

اضطراب الشخصية السلبية

Negativistic (Passive-aggressive) Personality disorder

تتصف هذه الشخصية في السلوك البين شخصي باتجاه سلبي معارض. ويسود لديها اتجاه أساسي نقدي – سلبي تجاه الآخرين وبشكل خاص تجاه أشخاص السلطة أو المديرين. وفي المجال الاجتماعي كذلك يوجد ميل للمقاومة السلبية ("كنسيان إنجاز" الأشياء على سبيل المثال عندما لا يريد الشخص عملها في الواقع).

اضطراب الشخصية الاكتئابية depressive Personality disorder

يتصف الأشخاص باضطراب الشخصية الاكتئابية بنمط من التفكير والسلوك السلبي المبخس لذاته وللآخرين واتجاه دائم سلبي نحو الحياة الخاصة والمستقبل. كما يتصفون بمشاعر دائمة من الذنب العميق والشعور بالتعاسة والتوقعات الدائمة للأسوأ. ولا يكون الأشخاص المعنيون قادرين على الاستمتاع ويكونوا جدين بشكل مفرط وغالباً ما يكونوا ساخطين ومتأملين [منشغلي البال] وينقصهم إلى حد بعيد حس الفكاهة.

4- الجائحة والمجرى

تشير دراسات حول انتشار اضطرابات الشخصية في السكان عموماً إلى نسبة تقع بين 5-13٪ (Fydrich et al.,1996; Maier et al., 1992; Zimmerman & Coryell,1990).

إلا أنه هنا لم تؤخذ المحكات (G) بعين الاعتبار (أنظر أعلاه)، بحيث أنه قد تكون هنا مبالغة في تقدير نسبة انتشار اضطرابات الشخصية بين السكان عموماً. وفي عينات إكلينيكية فإن انتشار اضطرابات الشخصية أكبر بكثير مما هو الحال لدى السكان عموماً، كما هو متوقع (غالباً انتشار مختلط Co-Prevalence) وباختصار تشير الدراسات هنا إلى نسبة انتشار تقع بين 15٪ و60٪. وهنا توجد اضطرابات الشخصية في الغالب بين المرضى باضطرابات نفسية طويلة الأمد في مجال الاضطرابات الوجدانية واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية وأقل لدى الأشخاص باضطرابات جسدية الشكل (قارن Fydrich et al.,1996; Merikangas & Weissman,1996; Weissman, 1993). وفي العينات الإكلينيكية تتكرر أكثر ما تتكرر اضطرابات الشخصية من مجال ما يسمى بالمصفوفة الخوافة.

ويمكن القول عموماً أن اضطرابات الشخصية متكررة لدى الرجال والنساء؛ إلا أنه توجد فروق فيما يتعلق باضطرابات الشخصية المنفرد. فاضطرابات الشخصية الاستعراضية والحدودية أكثر انتشاراً لدى النساء في حين أن اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع والنرجسية أكثر انتشاراً لدى الرجال (قارن Fiedler,2001). وبالنسبة لكل اضطرابات الشخصية يسري بالتحديد أنها تبدأ في المراهقة أو في سن الرشد المبكر وبهذا فإن الأمر يتعلق بأساليب تصرف وخبرة طويلة الأمد. وهذا يعني بأنه لابد من الانطلاق من وجود مجرى مزمن يمتد لسنوات طويلة. وبالنسبة لبعض اضطرابات الشخصية يسري أيضاً أنه مع التقدم في العمر يقل بروز المشكلات والخصائص المميزة. وعليه تتناقص على سبيل المثال في اضطرابات الشخصية الحدودية شدة التقلبات الانفعالية ودرجة الاندفاعية. إلا أن الدراسات المنهجية حول المجرى طويل الأمد مازالت غير متوفرة بالنسبة لغالبية اضطرابات الشخصية.

5- الأدوات التشخيصية وطرق القياس

5.1 التشخيص التصنيفي

تتوفر في المحيط الناطق بالألمانية ثلاثة أدوات مبنية لتشخيص اضطرابات الشخصية. المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. - اضطرابات الشخصية (SCID-II) (Fydrich et al.,1997) والفحص العالمي لاضطرابات الشخصية International Personality Disorder Examination (اختصار IPDE) (Mombour et al.,1996) وقائمة الأعراض العالمية لاضطرابات الشخصية International Diagnosis Checklist for Personality Disorders (اختصار IDCL-P) (Bronisch, Hiller, Zaudig & Mombour, 1995).

والمقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. - اضطرابات الشخصية (SCID-II) عبارة عن أداة ذات مرحليتين، تتألف من استبيان تمثل بنوده محكات اضطرابات الشخصية الاثنا عشر وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR. وفي مقابلة تالية تعقب ذلك يتم فحص الأهمية الإكلينيكية للبنود المجاب عنها بنعم. ومن الممكن أيضاً إجراء المقابلة باعتبارها كل من دون الفرز [الغربلة] المسبقة بوساطة الاستبيان.

وبطريقة مشابهة يمكن التصرف مع النسخة الألمانية من الفحص العالمي لاضطرابات الشخصية (اختصار IPDE)، إذ يمكن تطبيق استبيان قبل المقابلة للغربلة. وعلى عكس (SCID-II) فإن أسئلة (IPDE)لا تتجمع في تشخيصات منفردة وإنما في ستة مجالات من المواضيع والحياة: العمل، الذات، العلاقات البين شخصية، الانفعالات، اختبار الواقع وضبط الدافع.

وفي القائمة التشخيصية العالمية لاضطرابات الشخصية International Diagnoses Checklist for Personality Disorders (اختصار IDCL-P) (Bronische et al., 1995) تم ذكر كل المحكات المهمة اللازمة للتشخيص، ويترك للمفحوص الحرية في الكيفية التي

يحصل فيها على المعلومات اللازمة. وعادة ما يبلغ زمن التطبيق فترة أقل مما هو الحال في SCID و IDCL، إلا أنه لا يتم هنا سوى اختبار التشخيص المشكوك به فقط (التشخيص التوكيدي Confirmatory Diagnostic)

5.2 التشخيص البُعدي (القائم على السمات)

في التصميم القائم على السمات لاضطرابات الشخصية لا يتعلق الأمر بشكل أساسي بالاستنتاج فيما إذا كان شخصاً ما في شكل تصرفه وخبرته السائد مضطرباً أم لا – وأي نوع من الاضطراب "لديه" في مقتضى الحال–، وإنما تحتل في التشخيص البُعْدِي dimensional Diagnostic والذي يقوم على أساس فرضية الاستمرارية [المتصل] السؤال عن درجة وضوح السمات، والتي قد تكون في حضورها القوي معطوبة [مختلة الوظيفة] ومسببة للمعاناة بالنسبة للمعني أو محيطه أو كليهما. ويقوم المفهوم البُعدي على تقاليد علم النفس التفريقي وعلم نفس الشخصية: إذ يتم تشخيص السمات والخصائص والاتجاهات والتصرفات بحيث يمكن أن يتم استخلاص درجة بروز السمة. وفيما يتعلق بالاضطرابات النفسية يتم الانطلاق من أنه لا يمكن التمييز بين السمات – وحتى تلك المميزة للأشخاص باضطرابات شخصية– إلا بشكل كمي وأن هذه السمات يمكن أن نجدها حتى لدى أولئك غير المضطربين باضطرابات شخصية.

وتكمن أهمية التشخيص التصنيفي لاضطرابات الشخصية على شكل التفريق النوعي بين "الطبيعي" و"المضطرب" من منظور فرضية الاستمرارية من خلال أنه يمكن من خلال ذلك الوصول إلى تحديد لدرجة بروز سمة معينة من سمات الشخصية واحتمال تحديد مقدار معطوبيتها [الخلل الوظيفي فيها]. ومن ثم يتم استخلاص وجود "اضطراب" معين عندما يتم الوصول إلى درجة معينة أو أكثر من الشدة أو من درجة البروز.

ومن خلال اختزال المعلومات (البعدية dimensional) عبر سمات الشخصية (ذات الصلة بالنسبة للاضطراب) إلى فئات "غير مضطرب" و"مضطرب" يتم تقييد المعلومات التشخيصية الموجودة بوضوح. وهذا قد يكون في سياق البحث وفي التشخيص الإكلينيكي أيضاً ميزة مهمة. فمن خلال تحديد السمات المميزة على خلفية نموذج الاستمرارية فإنه من الممكن أيضاً تحديد الأشكال من التفكير والخبرة والتصرف، في شكل أساليب شخصية Personality styleالمميزة وذات الصلة بالنسبة للتفاعلات البين شخصية - بغض النظر عن تشخيص الاضطراب- (قارن Sass et al. 2003)

وعلى أساس هذه الأفكار تم في السنوات الأخيرة تطوير عدد من الأدوات التشخيصية تسترشد بفئات الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10، إلا أنها تتبع طرائقياً المبدأ البُعدي.

فالمقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. - اضطرابات الشخصية (SCID-II) تتيح - إلى جانب تحديد وتصنيف اضطرابات الشخصية - سواء بالنسبة لاستبيان الفرز أم بالنسبة للمقابلة بيانات القيم البُعدية بالنسبة لسمات اضطرابات الشخصية الاثني عشر في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR (قارن Fydrich et al.,1997)

وقد قامت مجموعة عمل بيك (Beck, Davis, Freeman & Associates, 2003) بتطوير استبيان لاضطرابات الشخصية المذكورة في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR يحتوي على 63 بنداً يشمل على الاتجاهات والمواقف الخاصة التي تميز اضطرابات الشخصية وفق النموذج الاستعرافي أطلقت عليه قائمة بيك للتصويرات الانفعالية Beck Inventory for cognitive Schemata (اختصار B-ICS) (Beck et al., 1999; Fydrich, 2002). ومن أحد البنود المميزة للشخصية المتعلقة على سبيل المثال: "أنا غير قادر لوحدي على اتخاذ القرار"، وعبارة: "لا يمكن للمرء الثقة بالآخرين" التي تعبر عن الموقف الشكاك والحذر لدى الأشخاص ذوي التفكير الزوري.

وكذلك تحاول قائمة كول وكازين (Kuhl & Kazén, 1997) لأساليب الشخصية

والاضطرابات Personality Styles and Disorders Inventory تكميم درجة أساليب الشخصية وتشمل على 140 بند تقيس فيها تقيسه كذلك المطابقات غير المرضية للشخصية، أي تقدير أساليب الشخصية أو الصفات التي تأخذ بعين الاعتبار وجهة النظر القائمة على الموارد.

وعلى أساس تنظيمات الشخصية الحدودية لكيرنبيرغ طور لايشسنرنغ (Leichsenring, 1997) قائمة اضطرابات الشخصية الحدودية. ويتألف المقياس من 53 بند تنقسم إلى أربعة مقاييس فرعية: "خبرات الاغتراب وانتشار-الهوية"، "آليات الدفاع الأولية وعلاقات الموضوع"، "نقص اختبار الواقع" و"الخوف من القرب" . وتتوفر قيم قطع Cut-of-Points للتمييز بين الاضطراب الحدودي عن العصاب من ناحية وبين الفصام من ناحية أخرى.

وفي المحيط الأنجلو أمريكي فإن قائمة ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور Millon Clinical Multiaxial Inventory (اختصار MCMI-III) (Milon, Davis & Milon,1997) واسعة الانتشار في البحث والسياق الإكلينيكي على حد سواء. وتوجد مقاييس لقياس أربعة عشرة نمطاً/ أو سمة من سمات الشخصية لاضطرابات الشخصية يضاف إليها عشرة لما يسمى بمقاييس المتلازمات، تعتمد على محكات الدي.أس.أم. DSM، المحور الأول (اضطرابات الأعراض). وقد تم تطوير القائمة على أساس النظرية التي طورها مايلون في ثمانينيات القرن العشرين حول اضطرابات الشخصية (Millon,1996) وتسترشد بمحكات الدي.أس.أم. DSM-IV.

5.3 أدوات تشخيصية أخرى

تعد المقابلة التشخيصية لاضطرابات الشخصية الحدودية[1] (اختصار DIP)

---

(1) Diagnostically Interview for Borderline Personality Disorders

(Gunderson et al.,1981) أداة مقابلة خاصة لتشخيص اضطرابات الشخصية الحدودية. كما تقوم المقابلة التشخيصية للمرضى النرجسيين[1] (Gunderson et al., 1990) وقائمة النرجسية[2] (اختصار NI) (Denke & Hilgenstock,2000) على أساس سيكوديناميكي. كما توجد أدوات إنجليزية أخرى مطورة لاضطرابات نوعية إلى حد ما منها على سبيل المثال استخبار اضطرابات الشخصية[3] (اختصار PDQ-4) (Hyler et al.,1994) وقائمة الشخصية الاكتئابية[4] (اختصار DIP) (Huprich et al. 1996) وقائمة الشخصية[5] (اختصار PCL) (Hare,1991) وهي أداة لقياس سمات اضطرابات الشخصية التفككية، والمقابلة المبنية للنمط الفصامي[6] (اختصار SIS) (Kendler et al.,1989) والمقابلة المبنية للدي.أس.أم. الرابع لاضطرابات الشخصية[7] (اختصار SIDP) (Pfohl et al.,1995).

5.4 الثبات

يمكن تلخيص نتائج الدراسات حول ثبات تشخيص اضطرابات الشخصية على النحو التالي:

1- المقابلات الإكلينيكية المبنية والقوائم Checklists أدوات موثوقة (ثابتة Reliable) أكثر من الأدوات الإكلينيكية غير المبنية. وهنا لا بد من الانطلاق بأن المُقابِلين[القائمين بالمقابلة] المشاركين في الدراسات الإمبيريقية عادة ما يكونوا قد

---

(1) Diagnostically Interview for narcissistic Patients

(2) Narcissism Inventory

(3) Personality Disorders Questionnaire

(4) Depressive Personality Inventory

(5) Personality Checklist

(6) Structured Interview for Schizotypy

(7) Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders

تلقوا تدريباً خاصاً ويكونوا عارفين بأهداف الدراسة ومن هنا فإنهم يراعون القواعد التشخيصية بشكل دقيق.

2- يمكن الوصول إلى التقدير التشخيص الهش [العام] فيما إذا كان اضطراب الشخصية موجوداً أم لا بدقة أكبر وبشكل متطابق أكثر من التقدير الدقيق وفق التشخيصات منفردة. وكما هو متوقع فإن قيم دقة التشخيص في اضطرابات الشخصية المنفردة تبلغ أقل بوضوح من الحكم حول الوجود المجرد لأي اضطراب في الشخصية.

3- القيم بالنسبة لموثوقية المقيمين Interrater-Reliability عند الحكم على المقابلات المسجلة على شريط تسجيل أعلى من معاملات إعادة الاختبار Test-Retest-Coefficients. فعند الحكم على التسجيلات لا توجد مصادر الخطأ التي قد تكون مرتبطة بالاختلاف في إجراء المقابلة في الاختبار وإعادته. بالإضافة إلى ذلك لا يوجد عند الحكم على مقابلة محددة تباين من خلال التغير الممكن للسمات التي يتم السؤال عنها ولا توجد فروق تعزى إلى الإجابات المختلفة للمفحوص.

4- تتناقص معاملات الاختبار وإعادة الاختبار بالنسبة لتطابق التشخيصات مع طول الفترة الزمنية الفاصلة بين إجراء كلتا المقابلتين. ويمكن عزو هذه النتيجة إلى التذبذب المرتبط بالوقت للسمات منفردة وإلى التأثير الضئيل لتذكر المقابلة الماضية من جانب المفحوص.

5- في الدراسات المختلفة – سواء حول SCID-II وفق الدي.أس.أم. DSM-III أم وفق الدي.أس.أم. DSM-IV ظهرت تطابقات منفردة جيدة جداً في الأحكام التشخيصية لاضطرابات الشخصية المنفردة. إذ تبلغ بالنسبة لتشخيص اضطراب في الشخصية على الأقل حوالي 90٪. وفي دراسات مختلفة تقع معاملات كابا Kappa-Coefficients لاضطرابات الشخصية منفردة بين k=1.00 & k=0.55 تتراوح

معاملات يول Yule-Coefficients[1] المستقلة عن النسب الأساسية بين Y=0.72 وY=1.00. وعموماً يمكن اعتبار أن ثبات المقيمين في SCID-II جيد (Arntz et al.,1992; Fydrich et al., 1996; Maffei et al.,1997; Zimmerman,1994). وكما هو متوقع فإن قيم ثبات إعادة الاختبار كانت أقل (في المجال بين k=0.45 & k=0.70) (Osone & Takakashi,2003; Weertman et al.,2003).

6- ثبات الأدوات البعدية dimensional لقياس سمات اضطرابات الشخصية أعلى من ثبات الأحكام التشخيصية الفئوية (Fydrich et al., 1996; Heumann & Morey, 1990; Sass et al., 1996; Widiger,1992).

5.5 الصدق

في تشخيص الشخصية يتم حساب الصدق، من بين أمور أخرى، من خلال العلاقة بين طرق القياس المختلفة بالنسبة للبناء المبحوث (الصدق التقاربي convergent Validity). وباختصار فإن النتائج حول الصدق التقاربي في تشخيص اضطرابات الشخصية تشير إلى أن الارتباطات بين الأدوات التشخيصية المختلفة غير باعثة على الرضا. فحتى التطابق فيما يتعلق بالمحك الثنائي فيما إذا كان هناك اضطراب في الشخصية أم لا، لا يبعث على الرضا أبداً. ففي المراجعة التي قدمها فيدريش ومجموعته (Fydrich et al., 1996) بلغ وسيط التطابق في هذه المسألة k=0.38 أما وسيط كل معاملات كابا بالنسبة لاضطرابات الشخصية المنفردة فقد بلغ أقل من ذلك k=0.30. وعند التحليل الدقيق لقيم للصدق التقاربي للأدوات التشخيصية المختلفة يتضح أن الارتباطات المنخفضة يمكن أن تعزى إلى حد ما إلى الفروق بين الطرق المستخدمة (Arntz,1999; Renneberg et al.,1992)

---

(1) أحد معاملات التوافق.

كما هناك دلائل على عدم دقة الصدق التمييزي لاضطرابات الشخصية المنفردة تتمثل في وجود ارتفاع في "الاختلاطية الداخلية" ومن ثم التداخل الكبير بين كثير من المحكات. ففي القياس المنهجي لاضطرابات الشخصية هناك احتمال كبير ألا تنطبق المحكات على اضطراب واحد في الشخصية وإنما على عدد من الاضطرابات. وهذا يظهر كذلك في دراسات التحليل العاملي، التي يتم وفقها عند التقييم البُعدي dimensional للمعلومات التشخيصية برهان وجود ارتباطات عالية بين "قسمات features" (صفات) اضطرابات الشخصية (مثال Rodebaugh et al., 2005).

كما أنه على درجة من الأهمية بالنسبة لصدق التشخيص بوساطة الاستبيانات وأساليب المقابلة أنه يتم في بعض التشخيصات السؤال عن التصرفات غير المرغوبة اجتماعياً والتي لا يمكن إعطاء إجابة صادقة عنها إلا بصعوبة. ومثال ذلك في اضطراب الشخصية النرجسية ("هل يحصل أحياناً أن تتزلف [تتملق] للآخرين لتحصل منهم على ما تريد؟) أو في اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ("هل شعرت بأن لك الحق في السرقة أو ضرب الآخرين أو إساءة معاملتهم؟).

وعند القياس المتكرر للصفات النفسية فإن ثبات الخصائص المقاسة على درجة من الأهمية. فالتغيرات الطفيفة في معاملات الثبات قد تشير إلى تغير في الصفات المفحوصة. غير أنه يفترض نظرياً لمصدر التباين هذا ألا يلعب دوراً أو أن يكون له دور محدود جداً بالنسبة لمجال تشخيص اضطرابات الشخصية، لأن ما ينبغي قياسه – بالتحديد– هو الصفات المستمرة لمدى طويل من الخبرة والسلوك والاتجاهات. عدا عن ذلك أمكن في بعض الدراسات برهان أن للظروف الموقفية – وبشكل خاص الاكتئابية– تأثير على تقديم الذات سواء في المقابلات الإكلينيكية أو في الإجابة عن الاستبيانات وأن صفات اضطرابات الشخصية أقل ثباتاً مما هو متوقع من محكات التعريف والنموذج النظري (مثال O'Boyle & Self,1990; Reich & Noyes,1987; Shea et al.,2002)

وعند إعداد الدي.أس.أم. DSM-IV تم أخذ هذه المشكلات بعين الاعتبار وتحسينها. إلا أنه وحسب المستوى الراهن من المعرفة ما يعد أكثر بالنجاح من التصنيفات الفئوية التي تطورت تاريخياً في المجال الطبي النفسي لاضطرابات الشخصية هو تعديل تشخيص اضطرابات الشخصية باتجاه المبدأ البعدي Dimensional. وهنا لابد من الإجابة عن السؤال المتمثل فيما إذا كان سيتم أخذ مثل هذا المبدأ البُعدي في منظومات التصنيف القادمة بشكل أفضل، أي في الدي.أس.أم. الخامس DSM-V والآي.سي.دي. الحادي عشر ICD-11.

6- التشخيص القائم على التعديل وبناء العلاقة وفق نموذج التدخل والتأثير القائم على الدافعية MIIM

في التشخيص القائم على التعديل وبناء العلاقة وفق نموذج التدخل والتأثير القائم على الدافعية الذي يختصر بـ MIIM الذي تم تطويره استناداً للعلاج الاستعرافي الذي طوره بيك والعاملين معه (Beck et al.,1999) لعلاج الأشخاص باضطرابات الشخصية يتم الانطلاق من ثلاثة فرضيات أساسية (قارن Beck et al.,1999; Fydrich, 2001; Pretzer,1996; Renneberg & Fydrich,2003).

1- طوَّر الأشخاص ذوي الصفات شديدة الوضوح من اضطرابات الشخصية بناء على خبراتهم الحياتية تصويرات استعرافية Cognitive Schemata صبغت أسلوبهم حول الكيفية التي يفترض لهم أن يخبروا [يعوا] أنفسهم والعالم من حولهم. وهذه التصويرات يمكن اعتبارها تصويرات معطوبة من حيث كونها مزعجة أو معيقة بالنسبة للشخص نفسه أو بالنسبة لتفاعلاته مع الآخرين.

2- يمكن تعريف التصويرات الاستعرافية على أنها نوع من "المصفاة " (أو الاتجاهات الأساسية) يدرك ويفهم من خلالها الناس محيطهم ويقودون ويوجهون سلوكهم الخاص على أساس هذا الإدراك وتفسيراتهم. وترتبط "المصافي" بالدوافع الأساسية [الدوافع المنبع] الموجهة للتصرف، التي تؤثر بدورها على خبرة وتصرفات الناس.

3- ومن ثم فإن لخبرة التفاعلات الإنسانية والدوافع المرتبطة بها وظيفة موجهة للتصرف ويمكنها أن تفسر السلوك (البين شخصي Interpersonal). وطبقاً لذلك فإن السلوك والتصرف يتحددان من خلال مجالين من التصويرات الاستعرافية ومن خلال الدوافع (التفاعلية Interactional). وهذه العوامل الثلاثة هي:

أ - صورة الذات (تصويرة Schema)

ب- الصورة حول الأشخاص الآخرين (تصويرة)

ج- الدوافع الأساسية للسلوك (البين شخصي)

ويمكن تحديد مثل هذه التصويرات بشكل نوعي لكل اضطرابات الشخصية. والمثال التالي يوضح ذلك بالنسبة لشخص لديه سمات زورية (بارانوئية):

- صورة الذات: أنا إنسان غير مؤذ، غير مذنب، صالح، حساس
- الآخرون: متطفلون، يقحمون أنفسهم فيما لا يعنيهم، لا يهتمون إلا بمصالحهم الخاصة، وهم على خطأ وخبثاء.
- الدوافع الجوهرية لسلوكي: "لابد لك من أن تحمي نفسك من أن يتم استغلالك منهم ومن أن يؤذك وأن يظلموك، ويخدعوك".

وتتكون التصرفات الناجمة عن ذلك هنا من سلسلة مكونة من اليقظة المتزايدة والشك وتجنب القرب والحميمية والانسحاب.

وفي سياق التشخيص القائم على الدافعية فإن وجهة النظر القائمة على الكفاءة مهمة أيضاً لفهم المرضى (للمقارنة أنظر التشخيص من خلال قائمة بيك للتصويرات الانفعالية Beck Inventory for cognitive Schemata)، وقد تم في جدول (2) عرض مقارنة للعلاقات (الإمراضية) للاضطرابات العشرة من الشخصية الموجودة في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 مع الإعزاءات (الإيجابية) طبقاً لهذا المبدأ (قارن Fydrich,2001; Kuhl & Kazén,1997; Oldham & Marris,1992)

الجدول (2) الإعزاءات والدوافع الممكنة للأشخاص باضطرابات في الشخصية

اضطراب الشخصية	الأسلوب الشخصي Personality style
الزورية (البارانوئية)	حذر، يقظ، استقامة
الفصاماني	منسحب (متحفظ)، قنوع
من النمط الفصامي	مرتاب، حساس، عميق الغور
الحدودي	متقلب، عفوي، اندفاعي، غير تقليدي
النرجسي	طموح، شيء خاص
الاستعراضي	مسرحي (دراماتيكي)، غريب الأطوار eccentric، حاضر انفعالياً
المضاد للمجتمع	مغامر، مقرر [قراراته من رأسه]، مُصحح [مستدرك]، مُطالب.
الخواف-التجنبي (غير الواثق)	حساس، ناقد لذاته، متحفظ، ذو حياء
المتعلق	مرتبط، مخلص، ذو ولاء
القهري	دقيق، منضبط، موثوق
الاكتئابي	غير-مُلَفِّق ، عميق، منتظر
السلبي Negativist	مهمل [متكاسل]، ناقد، مستقل 1

وبالتالي فإن نموذج التدخل[1] والتدخل القائم على الدافعية MIIM ينطلق من أنه يمكن تفسير التصرف الشخصي من خلال وجهة نظر الشخص نفسه ومن خلال وجهة نظر الأشخاص الآخرين ومن خلال الدوافع الأساسية. ومن المهم في السياق العلاجي ألا يتم تفسير التصرفات الصعبة في الغالب للمرضى على أنها موجهة ضد شخص المعالج.

---

(1) الدلائل Indication

وبما أن وجود اضطراب في الشخصية في العادة لا يكون هو السبب في اللجوء للعلاج فإن انتقاء الأهداف العلاجية يسترشد بشكل أساسي بالدوافع العلاجية أو بالتكليف العلاجي، المحدد بالاضطراب الأعراضي Symptom Disorder. إلا أن سمات منفردة من اضطرابات الشخصية يمكن أن تشكل هدفاً مباشراً للتعديلات المقصودة. وتحتل الدوافع (المتسقة مع الأنا في الغالب Ego-Syntonic) لاضطرابات التفاعل أهمية خاصة بالنسبة لتوقعات المريض من المعالج. ومن الجانب العلاجي ينبغي بشكل خاص أخذ هذا بعين الاعتبار عند بناء وتشكيل علاقة العمل العلاجية.

يقوم التشخيص القائم على التعديل وبناء العلاقة وفق نموذج التدخل والتأثير القائم على الدافعية MIIM على أساس تشخيص بُعدي مرتبط بالعلاج وقائم على التصرف[1]. ومن خلال استخدام قائمة بيك للتصويرات الانفعالية يمكن الحصول على معلومات ذات أهمية إكلينيكية كبيرة قابلة للاستخدام المباشر في العملية العلاجية. وإلى جانب المعلومات التي يتم الحصول عليها حول الأشخاص وتاريخ حياتهم وإشكاليتهم فإن المعلومات التشخيصية القائمة على التفاعل توسع النظرة إلى الدوافع المهمة للمرضى وتشكل بالتالي الأساس لصياغة علاقة المعالج-المريض بشكل خاص.

7- خلاصة

على عكس التشخيص الفئوي التقليدي يتزايد باطراد احتلال المفاهيم البُعدية ومعها المفاهيم القائمة على الكفاءة والدافعية لسمات الشخصية الواضحة واضطرابات الشخصية مركز الصدارة. وقد تمثلت خلفية هذا التطور في أن هذه الرؤية ترتبط مع دلائل التدخل بالنسبة لبناء العلاقة العلاجية بشكل أكبر من التشخيص التقليدي القائم على القصور deficit. ومن المؤكد فإن وجهة النظر البين شخصية لبينيامين

---

(1) therapy relevant and action oriented dimensional Diagnostic

(Benjamin,1995) حول اضطرابات الشخصية باعتبارها اضطرابات تفاعل تؤثر باطراد على الرؤية التشخيصية والعلاجية في هذا السياق.

ويشير النقاش العلمي لتصميم اضطرابات الشخصية Conceptualize of Personality Disorders إلى أن الفئات والتشخيصات التي تتصف بشكل أشد بخبرات وتصرفات منسجمة مع الأنا Ego dystonic سوف تحسب في المستقبل أكثر من ضمن اضطرابات الأعراض Symptom Disorders. وتنطبق هذه النقاشات على الأقرب على اضطرابات الشخصية التجنبية غير الواثقة، والتي يمكن عدها، استناداً إلى الأعراض، من ضمن اضطرابات القلق واضطرابات الشخصية الحدودية والتي تمتلك الكثير من الشبه مع الاضطرابات الوجدانية أو اضطرابات التحكم بالدافع. وعلينا الانتظار ما هي الطريقة التي ستقوم فيها مجموعات العمل في الطبعات الجديدة من الدي.أس.أم. الخامس DSM-V والآي.سي.دي. الحادي عشر ICD-11 باقتراح الحلول.

33- اضطرابات في سن الطفولة

سيلفيا شنايدر وفينيتا توركه تيوبنر
Selvia Scfhneider & Veneta Tuerke-Teubner

1- مدخل

تنتشر الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع انتشاراً واسعاً. فحوالي ثلث الأطفال يعاني حتى سن اليفوع مرة من اضطراب نفسي (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews,1993). ولدى جزء كبير من الأطفال المعنيين يحصل مجرى مزمن، الأمر الذي يعني الكثير من الضغوط [الإرهاقات Stress] للطفل وأسرته وعواقب

بعيدة المدى، تعرض التطور الطبيعي للطفل للخطر. ويساعد التعرف المبكر الموثوق reliable والحقيقي valid على الاضطرابات النفسية والمرتبط بالعلاج النوعي على الوقاية من مثل تلك المجريات غير الملائمة.

تشمل الاضطرابات النفسية الأكثر تكراراً في سن الطفولة على اضطرابات ظاهرة وضمنية expansive& internalized Disorders. ففي الاضطرابات الظاهرة [الصريحة] يتعلق الأمر بمشكلات سلوكية موجهة نحو الخارج، كالعدوانية المفرطة أو فرط النشاط أو صفات سلوكية شاذة أخرى. أما في الاضطرابات الضمنية فإن الأمر أقرب لتصرفات موجهة نحو الداخل تترافق مع انسحاب اجتماعي (اضطرابات القلق والاضطرابات الوجدانية والاضطرابات جسدية الشكل). . وفي الفصل الراهن سوف نتعرض للاضطرابات النفسية في سن الطفولة: الاضطرابات الصريحة، والاضطرابات بقلق الانفصال واضطرابات الإخراج. وهنا سوف نتطرق للإجراء التشخيصي لسلس البول والإخراج باختصار، لأن الأعراض المعنية في كلا الاضطرابين تجعل التشخيص واضحاً بالمقارنة. أما فيما يتعلق بالعرض التفصيلي لاضطرابات قصور الانتباه وفرط النشاط (ADHS) فسوف يتم التعرض له في الفصل الخامس والثلاثين من هذا الكتاب. ويعرض الجدول (1) تصنيف الاضطرابات في سن الطفولة واليفوع التي سنعالجها في هذا الفصل من خلال منظومتي التصنيف السائدتين.

وفيما يلي من الحديث سوف نتعرض لظواهرية [وصف] وجائحة [انتشار] ومحكات تشخيص الاضطرابات المعروضة هنا. وسنقدم بعد ذلك عرضاً للإجراءات التشخيصية للاضطرابات النفسية في سن الطفولة . وسوف نقدم هنا معلومات حول بناء العلاقة وأهم الأدوات التشخيصية المتوفرة في المحيط الناطق بالألمانية للأطفال والوالدين والمعلمين. كما تم عرض هذه الأدوات أيضاً في فهرس المراجع في النهاية.

جدول (1): تصنيف الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع في الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10

الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV		الآي.سي.دي. العاشر ICD-10	
اضطرابات الانتباه واضطرابات السلوك الظاهرة		F9	اضطرابات السلوك والاضطرابات الانفعالية مع بداية في سن الطفولة واليفوع
314.00	اضطرابات الانتباه وفرط النشاط Attention-& Hyperactivity -Disorders	F90	اضطرابات فرط الانتباه Hyperkinetic Disorders
313.81	اضطرابات مع سلوك معارض	F91.3	اضطرابات السلوك الاجتماعي مع سلوك معارض، معاند.
312.80	اضطرابات السلوك الاجتماعي	F91	اضطرابات السلوك الاجتماعي
اضطرابات أخرى في سن الطفولة المبكرة وسن الطفولة واليفوع		F93	اضطرابات انفعالية في سن الطفولة
309.21	اضطراب بقلق الانفصال	F93.0	اضطراب انفعالي بقلق الانفصال
اضطرابات الإخراج		F98	اضطرابات سلوك أو اضطرابات انفعالية أخرى مع بداية في الطفولة اليفوع
307.6	السلس الوظيفي	F98.0	السلس غير العضوي
307.7	الإخراج الوظيفي	F98.1	الإخراج غير العضوي

2- الوصف والجائحة ومحكات التشخيص

2.1 اضطرابات الانتباه وفرط النشاط

غالباً ما يتم تشخيص اضطرابات نقص الانتباه وفرط النشاط ADHS بداية في سن التعليم الأساسي، حيث يتطلب السياق المدرسي درجة أعلى من الانتباه مما هو عليه الحال في سن الطفولة الأولى. ويفترض أن انتشار الاضطراب لدى أطفال سن التعليم الأساسي يقع بين 3 إلى 5٪، مع العلم أن انتشار الاضطراب لدى الصبيان أعلى مما هو

عليه لدى البنات (بين أربعة إلى تسعة أمثال) (الدي.أس.أم. DSM-IV). وفي دراسة بريمن Bremen لليافعين التي تم فيها دراسة يافعين من سن 12 حتى سن 17، تم الحصول على نسبة انتشار تبلغ 0.2٪ فقط (Essau et al., 1999). وفي دراسة زيورخ الجائحية[1] (اختصار ZESCAP) تمت دراسة أطفال ويافعين بين عمر 6 حتى 17 سنة. وهنا كان الانتشار حوالي 5.25٪ (Steinhausen et al.,1998). والتشخيص لدى الأطفال الصغار وفي سن ما قبل المدرسة صعب، لأن سلوكهم متغير مقارنة بالأطفال الأكبر سناً ويمكن أن يتضمن صفات تشبه صفات فرط النشاط (قارن Rapport et al.2006؛ وقارن الفصل 35 من هذا الكتاب). إضافة إلى ذلك أنه من النادر أن يطلب من الأطفال الأصغر سناً أن يكونوا منتبهين لفترة طويلة. أما في سن المدرسة فإن عدم الانتباه يؤذي الأداء المدرسي ومن ثم فهو يلفت النظر بشكل أكبر. والأطفال مفرطي النشاط الأصغر يتحركون بشكل مفرط ومن الصعب جعلهم يجلسون هادئين في مكان. أما لدى الأطفال الأكبر فيكون هذا النشاط الحركي الواضح أندر للملاحظة، ويمكن لأعراض فرط النشاط عندئذ أن تقتصر على الشعور الداخلي بالاستثارة وعدم الهدوء.

2.2 الاضطرابات بالسلوك العدواني

حسب الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 فإن التصرفات التي تبرر تشخيص اضطراب السلوك الاجتماعي هي وجود "درجة متطرفة من العراكات والاستبداد والقسوة تجاه الآخرين أو الحيوانات، وهدمية عالية تجاه الملكية الخاصة وإشعال الحرائق، والسرقة، والكذب المتكرر، والهرب من المدرسة والهروب من البيت ونوبات الغضب المتكررة بشكل غير مألوف أو الشديدة وعدم الطاعة" (الآي.سي.دي. العاشر ICD-10). وهنا يتم التأكيد على أن التصرفات اللا اجتماعية المنفردة لا تكفي من

(1) Zürich Epidemiological Study

أجل طرح التشخيص. إذ لا يعطى التشخيص إلا عندما يستمر السلوك الموصوف لستة أشهر على الأقل.

وفي العادة يخفي اليافعون المعنيون مشكلاتهم السلوكية بحيث يحتاج الفاحص لمعلومات إضافية من الأشخاص الآخرين، كالوالدين والمعلمين. وتنبثق التنبؤات المختلفة من الارتباط مع سن بداية الاضطراب. فإذا ظهرت الأعراض قبل سن العاشرة من العمر (البدء في الطفولة) فإن احتمال أن يتطور اضطراب دائم في السلوك الاجتماعي أو حتى اضطراب شخصية مضادة للمجتمع أكبر من الاحتمال لو بدأ الاضطراب بعد سن العاشرة (بداية في المراهقة). والبداية في حوالي سن الخامسة أو السادسة ممكن إلا أنها أقرب للنادرة. وغالباً يبدأ اضطراب السلوك الاجتماعي في الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة. ويبلغ الانتشار لدى الصبيان أعلى منه لدى البنات بنسبة تبلغ بين 7 حتى 16٪ للصبيان مقابل نسبة بين 3 حتى 9٪ للبنات (Cohen et al., 1993). وفي دراسة بريمن لليافعين فقد تم الحصول على انتشار على نسبة انتشار مقدارها 5٪ (Essau et al., 1999). وهنا يظهر الصبيان عدوان مباشر في شكل العراك والسرقة والوندلة [التخريب المتعمد للممتلكات vandalism] في حين أنه يوجد لدى البنات عدوان أقرب لغير المباشر كالكذب والهرب من المدرسة، والهرب من المنزل وتناول العقاقير أو البغاء. والجزء الأكبر من المعنيين يتحسن حتى سن الرشد غير أنه لدى جزء آخر جوهري من المعنيين تستمر التصرفات المضادة للمجتمع لتنتهي باضطرابات شخصية مضادة للمجتمع (Loeber & Stouthammer-Loeber,1998; Moffitt,1993; Moffit et al., 1996).

فإذا ما حقق الطفل إلى جانب محكات اضطراب السلوك الاجتماعي محكات الاضطراب مع سلوك عناد معارض فإنه لا يتم تشخيص سوى اضطراب السلوك الاجتماعي، ذلك أن السلوك المعارض جزء أساسي من اضطراب السلوك الاجتماعي. ويرى كثير من المتخصصين أن الاضطراب مع سلوك عناد معارض disorder with

oppositional obstinacy Behavior هو الاضطراب الأخف من السلوك الاجتماعي ولا يشكل نوعياً اضطراباً آخر (قارن الآي.سي.دي. العاشر ICD-10) .

وحتى الآن لم يتم البرهان الإمبيريقي لا للرؤية القائلة بوجود فروق نوعية بين كلا الاضطرابين ولا للفرض القائل أن الفرق بين الاضطرابين هو مجرد فرق كمي على حد سواء. فلدى الأطفال الأصغر هناك دلائل بالفعل على أنه توجد مجموعتين من الاضطرابات المختلفتين نوعياً في هذا المجال (قارن الآي.سي.دي. العاشر ICD-10). والسمة الأساسية لاضطراب السلوك الاجتماعي مع سلوك معارض معاند حسب الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 "نمط من السلوك السلبي المستمر والعدائي والعنادي والاستفزازي المتحدي الواقع بوضوح خارج حدود السلوك الطبيعي لدى طفل من نفس العمر في السياق الثقافي الاجتماعي نفسه". والمحك التفريقي الأساسي عن الاضطرابات الأخرى للسلوك الاجتماعي هو غياب خرق القوانين أو الحقوق الأساسية للآخرين.

وعلى عكس اضطراب السلوك الاجتماعي فإنه ليس من النادر لأعراض سلوك العناد المعارض أن تقتصر على المجال المنزلي أو على التفاعل مع الأشخاص الموثوقين (الدي.أس.أم. DSM-IV-TR). ومن هنا فإنه لا يكون ملحوظاً في بعض الأحيان في الفحص الإكلينيكي. وحتى المعنيون عادة ما لا يقيمون سلوكهم على أنه عنادي معارض. وما يشبه الحال كثيراً في تشخيص اضطرابات السلوك الاجتماعي فإنه لابد للفاحص من الحصول على معلومات إضافية. وفي هذا التشخيص فإن الحذر الشديد مطلوب في إعطاء التشخيص في سن ما قبل المدرسة واليفوع، ذلك أن سلوك العناد في هذه المرحلة من النمو يعد جزءاً من هذه المرحلة. وتشير الدراسات إلى نسبة انتشار تتراوح بين 2 حتى 16٪ حسب نوع العينة وطرق الحصول على المعلومات. ويظهر هذا الاضطراب قبل البلوغ لدى الصبيان أكثر مما هو لدى البنات، وبعد البلوغ لا تعود توجد فروق جنسية دالة (الدي.أس.أم. DSM-IV-TR). وفي دراسة بريمن لليافعين سجل انتشار

مقداره 2.7٪ وفي ZESCAP 2.1٪ (Essau et al., 1999; Steinhausen, 1998). والبداية البطيئة في العادة للاضطراب غالباً ما تكون قد حصلت قبل سن الثامنة وتمتد في العادة لعدة أشهر أو حتى سنوات. ولدى نسبة دالة من المعنيين يسبق الاضطراب مع سلوك عناد معارض اضطراب السلوك الاجتماعي (قارن ككل Freeman & Hoganson,2006).

مثال حالة:

يبلغ حسان 14 سنة من العمر، وهو الآن في الصف السابع. وعندما كان عمره خمس سنوات تنازلت أمه المدمنة على الكحول للملجأ، والذي تركه بعد بعض الوقت للعيش مع والده الذي تزوج من جديد. وفي هذا الوقت كذلك كانت هناك مراجعات لمركز اليافعين وإقامات متكررة في الملجأ، لأن المعلمة كانت تلاحظ آثار الإهمال وعلامات الضرب. وفي هذه الأثناء كان حسان قد أصبح معروفاً للشرطة. فقد انتسب لعصبة من الشباب وبدأ هنا بالسرقة من المحلات، ودخل مراراً في عراكات، واستخدم "بندقية بلاستيكية" للدفاع عن نفسه. وتم تقديم شكاوى ضده بسبب إلحاق الأذى الجسدي بالآخرين. وعندما كانت تحصل عراكات في البيت كان يهرب لأيام خارج المنزل ويعيش في الشارع. ولم يكن "لزمرته clique" مزاج للمدرسة لهذا فهو أيضاً لم يحضر للمدرسة لثلاثة أرباع السنة. وفي الواقع فقد أراد أن يحصل على شهادة مدرسية إلا أن الآخرين منعوه من أن يفعل مثل هذه الأمور.

2.3 اضطرابات الإخراج

يتم التفريق بين نوعين اضطرابات الإخراج ، أي السلس الوظيفي والغائط الوظيفي. ويتصف الغائط بالإخراج اللاإرادي أو الإرادي للغائط سواء كان قوامه عادياً أم غير عادي في أماكن ليست مخصصة لذلك في المحيط الثقافي للطفل (الآي.سي.دي. العاشر ICD-10؛ الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV). أما السلس فهو التبول اللاإرادي في النهار أو في الليل أو في كليهما (الآي.سي.دي. العاشر ICD-10؛

الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV). ويتم التفريق في كلا الاضطرابين بين الشكل الأولي والثانوي: ونتحدث عن الشكل الأولي عندما لم يتم تحقيق التحكم بالمثانة أو المصرة في يوم من الأيام. أما الشكل الثانوي فهو عندما تكون هناك مسافة زمنية محددة من التحكم بداية ثم بدأ الاضطراب. ولا يتم طرح تشخيص اضطرابات الغائط إلا بعد سن الرابعة من العمر، عندما يظهر السلوك مرة واحدة على الأقل في الشهر ويستمر لثلاثة أشهر أو أكثر. أما السلس فلا يتم تشخيصه إلا بعد سن الخامسة على الأقل، عندما يظهر السلس مرتان في الأسبوع على الأقل لأشهر ثلاثة متتالية أو كان مرتبطاً بمعاناة أو تضرر ذو قيمة إكلينيكية في المجال الوظيفي الاجتماعي أو المدرسية أو في المجالات الوظيفية الأخرى المهمة.

فإذا كانت هناك آليات مرضية جسدية موجودة، لا تتضمن الإمساك، فإنه لا يعطى تشخيص اضطرابات الغائط Encopresis. وإن تعلق الأمر باضطرابات الغائط مع إمساك وإسهال، فإنه يتم تشخيص هذا على حدة (الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV). وبالنسبة لتشخيص السلس Enuresis فإن الأمر يحتاج إلى فحص بولي بالضرورة، إذ لا بد من استبعاد وجود عوامل مرضية جسدية وتأثيرات المواد، حيث يمكن للأسباب العضوية أن تتمثل في تشوه الطرق البولية والقصور الكلوي أو قصور المثانة أو العدوى المزمنة. وعند ترميز السلس (الدي.أس.أم. DSM-IV-TR [307.6]؛ الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 [F98.0D]) يفرق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 بين السلس حسب ظهوره: السلس الليلي (Enuresis Nocturna (F98.00 والسلس النهاري (Enuresis Diurna (F98.01 والسلس النهاري والليلي (F98.02).

فإذا ما ظهر السلس مع الغائط معاً فإنه لا يتم تشخيص إلا هذا الأخير. ويظهر اضطراب الغائط لدى 1٪ من الأطفال بعمر الخامسة وهو أكثر انتشاراً لدى الصبيان منه لدى البنات. حيث يظهر السلس لدى 7٪ من الصبيان في عمر الخامسة و3٪ من البنات في العمر نفسه، ولدى الأطفال في عمر العاشرة يبلغ الانتشار لدى الصبيان 3٪

والبنات 2٪. وتنخفض النسبة لدى الشبان بعمر الثامنة عشر بالنسبة للذكور إلى 1٪ والإناث إلى أقل من 1٪، مع العلم أن السلس الليلي هو الشكل الأكثر انتشاراً. وغالباً ما تترافق اضطرابات السلوك الاجتماعي مع مقدار من الاضطرابات الانفعالية أو اضطرابات السلوك. ويندر لمجراها أن يكون مزمناً (الدي.أس.أم. DSM-IV-TR).

2.4 اضطراب بقلق الانفصال

تم تصنيف الاضطراب بقلق الانفصال Disorder with separation anxiety في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR تحت "اضطرابات أخرى في سن الطفولة المبكرة أو في الطفولة أو في المراهقة". ويتعلق الأمر هنا باضطراب قلق نوعي وحيد لسن الطفولة كانت بدايته في سن الطفولة أو اليفوع (عرض لدى Schneider, 2005). وتتطابق الأعراض ألأساسية في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV-TR. ويتصف الاضطراب بالقلق غير متناسب مع المرحلة العمرية ومفرط من الانفصال عن البيت أو عن الأشخاص المرجعيين المقربين. ويتميز هذا الاضطراب بالمخاوف أو الهموم التي تدور حول الانفصال الممكن أو الفعلي عن البيت أو عن الأشخاص المرجعيين الأساسيين، من نحو أن يحصل شيء للشخص المرجعي أو إمكانية فقده من خلال حادث أو ظروف أخرى على سبيل المثال. وترتبط هذه المخاوف في الغالب مع الامتناع عن الذهاب للمدرسة أو بقاء الطفل لوحده في البيت أو أن يكون وحده في مكان آخر من دون الشخص المرجعي المهم . بالإضافة إلى امتناع المعنيين النوم من دون مرافقة الشخص المرجعي الأساسي أو النوم خارج المنزل من دونه، إضافة إلى ظهور كوابيس عن الانفصالات. ولا يندر للاضطراب بقلق الانفصال أن يترافق بشكاوى جسدية (كالصداع، والمغص، والدوار أو الإقياء)، الذي يظهر بشكل خاص عندما يكون هناك توقعاً للانفصال عن الشخص المهم أو عندما يحصل بالفعل.

الاضطرابات بقلق الانفصال ليست نادرة. فقد تم العقود الأخيرة الحصول في دراسات عالمية متعددة على بيانات منهجية حول انتشار اضطرابات القلق ذات الأهمية

الإكلينيكية في سن الطفولة واليفوع (مراجعة لدى Essau et al.,2005). وطبقاً لهذه الدراسات فإن انتشار ستة أشهر لاضطرابات القلق 6-Month-Prevelance والذي يبلغ 10٪ يعد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في سن الطفولة واليفوع، مع العلم أن الاضطراب بقلق الانفصال هو السائد في الطفولة المبكرة بشكل خاص. وتشير دراسة في ألمانيا على 826 من الأطفال في ثماني سنوات أن 28٪ من الأطفال المسؤولين يعانون في الوقت الراهن أو عانوا مؤخراً من قلق الانفصال (Federer et al.,2000).

وتبلغ نسبة الظهور لدى الأطفال الأصغر متساوية بالنسبة للصبيان والبنات. كما تظل النسبة بين الجنسين نفسها في الممارسة الإكلينيكية للأطفال المشاهدين، إلا أن نسبة الاضطراب لدى البنات في الدراسات الجائحية أكبر مما هو لدى الصبيان. وهناك فروق ثقافية في المقدار المرغوب فيه من تحمل انفصال الوالدين عن الطفل. ولا بد من التفريق بين الروابط القوية المتعلقة بالثقافة داخل الأسرة وبين اضطراب بقلق الانفصال. ويمكن للاضطراب أن يبدأ في سن ما قبل المدرسة إلا أنه يمكن أن يظهر في وقت متأخر حتى سن الثامنة عشر. ومن النادر أن يظهر في المراهقة. وتوجد مراحل مميزة من التفاقم والتحسن، مع العلم أن القلق من الانفصال وتجنب مواقف الانفصال قد يستمر لسنوات طويلة.

مثال حالة:

تبلغ باسمة تسع سنوات من العمر، تتغيب عن المدرسة بسبب تكرار الصداع وآلام البطن. ولا تنام في المساء إلا إذا ظل النور مضاءً في غرفتها والباب مفتوحاً، كي تسمع أن والديها موجودان. لديها خوف كبير من أن تنفصل عن والديها. ويقلقها بشكل كبير غياب والدها عن المنزل عدد من الأيام بسبب العمل. فترفض في هذه الأيام الذهاب للسرير وتصر على النوم مع أمها. وقد تراجعت درجاتها المدرسية بشدة بعد أن كانت جيدة في الماضي. وقد روت أن أحب ما لديها هو البقاء في البيت مع والديها. وقالت أنها تخشى من أنه قد يحصل شيئاً ما لوالديها.

3- التشخيص

يشكل تشخيص الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع تحدياً كبيراً للنفسانيين والأطباء النفسيين (قارن Hersen,2006). إذ أن جزء كبير من الأعراض التي تظهر في سياق الاضطرابات النفسية يلاحظ وجودها لدى جميع الأطفال تقريباً في مرحلة ما من مراحل النمو وهي طبيعية بالنسبة للمرحلة العمرية المعنية. ومن هنا لابد من تكرار التقييم إلى أي مدى أعرض الطفل متناسبة مع العمر أم مفرطة. يضاف إلى ذلك أنه غالباً ما لا يكون السلوك المشكل عاماً، بل يظهر في مواقف محددة (كالمدرسة أو الأسرة على سبيل المثال). كما تكمن صعوبة أخرى في حقيقة أنه غالباً ما يكون للوالدين والأطفال والمعلمين وجهات نظر مختلفة للسلوك المشكل ويعانون بدرجات مختلفة من هذا السلوك.

وتظهر الدراسات حول التطابق بين معلومات الأطفال ومعلومات الوالدين بشكل متكرر أن الوالدان والأطفال يختلفون بشدة في بياناتهم حول نوع وتكرارا الأعراض لدى الطفل (Schneider et al.,1995). ولا نجد تطابقاً جيداً إلا في مجموعات الشكاوى المحددة بوضوح والتي يمكن ملاحظتها بشكل جيد، كاضطرابات الإخراج على سبيل المثال. ونجد تطابقات أقل جودة عندما يتعلق السلوك القابل للملاحظة بالتقييمات الشخصية كما هو الحال في اضطرابات السلوك الظاهرة على سبيل المثال. فهنا من الممكن أن يلاحظ الطفل والوالدان الملاحظة نفسها، كأن يتملل الطفل عند جلوسه عند الطاولة، إلا أنهم يقيمون هذا السلوك بشكل مختلف. وأخيراً فإن من أسوأ التطابقات بين الأطفال ووالديهم عندما يتم سؤالهم عن الحالة الداخلية للطفل.

فهل تعني هذه النتائج أن الأطفال ووالديهم يقدمون بيانات خطأ أو أن أحد الطرفين لا يقول الحقيقة؟ وهذا السؤال يكشف حسب رأينا وجود مقاربة غير صحيحة من الإشكالية القائمة، ذلك أنها تتضمن وجود بيانات "صحيحة" أو "حقيقية". غير أن الأمر في الغالب هو أن الوالدان والطفل يصفان وجهة نظرهما في المشكلة وأن مهمة

النفساني الإكلينيكي المتخصص بالأطفال أو الطبيب النفسي المتخصص بالأطفال دمج وجهات النظر المختلفة للوالدين والطفل وجعلها مفيدة بالنسبة لتشخيص الاضطرابات النفسية. ومن هنا فإنه من الضروري بالنسبة للسبر الدقيق للاضطرابات النفسية عند الأطفال واليافعين بالاستفسار عن شكاوى الطفل من الوالدين والطفل ومن أشخاص مرجعيين آخرين في مقتضى الحال كالمعلمين ودمج وجهات النظر المختلفة بصورة مفيدة عند وجود بيانات منحرفة عن بعضها، ومن أجل هذه الحال نقترح الإرشادات التالية:

1- عند الترتيب الزمني للأعراض وفي تشخيص الاضطرابات الأبكر لابد من إعطاء معلومات الوالدين وزناً أكبر.

2- في الاضطرابات الانفعالية (القلق، الاضطرابات الاكتئابية) لابد من إعطاء معلومات الأطفال أو اليافعين وزناً أكبر.

3- في الاضطرابات ذات السلوك الواضح (كاضطرابات الانتباه وفرط النشاط، اضطرابات بسلوك العناد المعارض على سبيل المثال) لابد من إعطاء معلومات الوالدين وزناً أكبر.

وقد حاول كل من الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 مواجهة هذه الصعوبة من خلال وضع تحديدات إجرائية قوية للمحكات من أجل طرح تشخيص. ومن أجل هذا الغرض فقد تم هنا تحديد العدد والمدة والشدة للسلوكات القابلة للملاحظة، والتي يفترض أن تتحقق كي يجوز طرح تشخيص ما. وتم لدى الأطفال واليافعين إعطاء قيمة خاصة للتصنيف متعدد المحاور للمشكلات . وفي التصويرية متعددة المحاور للأمراض النفسية في سن الطفولة واليفوع وفق الآي.سي.دي. العاشرICD-10(Multi axial Classification System (اختصار MAS) (Remschmidt & Schmidt,1994) تم تقدير المحاور التالية:

أ – المتلازمة الإكلينيكية الطبية النفسية

ب- اضطرابات النمو المحددة

ج- مستوى الذكاء

د- الأعراض الجسدية

هـ- الظروف النفسية الاجتماعية الشاذة الراهنة

و- التقييم العام للتكيف النفسي الاجتماعي

وينصح بشدة بإجراء توليف لطرق تشخيصية متعددة بسبب المشكلات الخاصة في تشخيص الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع. فإذا ما أخذنا بعين الاعتبار أن التشخيص يشكل أساس العلاج التالي، فإن الإجراءات الدقيقة والموزونة أساسية للعلاج الناجح. وسوف نقوم فيما يلي من الحديث بعرض الإجراءات التشخيصية.

3.1 الخطوة الأولى: الانطباع العام

تدور الجلسة الأولى مع الوالدين والطفل حول الحصول على نظرة عامة حول سبب اللجوء للعلاج. وغالباً ما تحصل الجلسة الأولى مع الطفل وأحد الوالدين، وعادة ما تكون الأم. وإلى جانب توضيح سبب العلاج تهدف الجلسة الأولى إلى بناء علاقة علاجية مع الطفل والوالدين. وفي أحيان كثيرة يكون الوالدان وبشكل خاص الأم منهكان، إذ أنه غالباً ما يتم الانتظار لفترة طويلة (جداً) في الأسرة قبل أن يتم طلب مساعدة متخصصة. ولا يندر أن يتجلى هذا الإنهاك في عزو الذنب (الأم/ الوالدان ضد نفسيهما أو ضد الطفل أو ضد الجميع بشكل متبادل)، والتشتت واليأس. والأطفال أنفسهم لا يلجئون للعلاج في الغالب بناء على قرارهم الخاص وكثيراً ما يعيشون المعبر الأول للمعالج (حسب التحضير المسبق من قبل الوالدين على الموعد) على أنه عقوبة. وبناء على ذلك فإنه من المهم في الجلسة الأولى التقاط إعزاءات الاتهام وتوصيل الأمل في التغيير، ونزع المخاوف وحفز الطفل على "العودة" (إذا كانت العودة ضرورية بناء على المشكلة). وينجح هذا بصورة ممتازة عندما يبدي المعالج التفهم لمشكلة الطفل ويحاول بمقدار ما هو ممكن التخفيف عن الطفل ووالديه ويجعلهم يفهموا أن

مشكلاتهم مألوفة لديه. وينبغي أن تنتهي الجلسة الأولى بأن يحصل الوالدان والطفل على توعية بالإجراءات التشخيصية والعلاجية اللاحقة.

ومن الأدوات التي يمكن إعطائها للوالدين بعد الجلسة الأولى لأخذها معهما إلى البيت هي استبيان الوالدين Diagnostically Parents Questionnaire (Dehmek et al.,1993). وفي هذا الاستبيان يتم الاستفسار سبعة مجالات من المواضيع: العلاقات الأسرية، النمو الجسمي والعقلي للطفل، التربية، الميول وقدرات الطفل، علاقة الطفل بالأشخاص الآخرين، المدرسة وتطور سلوك المشكلة. وتسهم المعلومات المسجلة في الاستبيان في فهم ظروف النشوء والاستمرارية للاضطراب المعني. ومن ثم فإن استخدام الاستبيان يمكن أن يختصر كثيراً من وقت الحصول على تاريخ المريض والإضافة إلى أنه يقدم مساعدة تصميم جدية للاستفسارات اللاحقة. ويعد استخبار القوة والصعوبات Strengths and Difficulties Questionnaire (اختصار SDQ) (Goodman,1999) أيضاً أداة أخرى لإعطاء صورة حول المشكلة القائمة وهو متوفر بالألمانية. ويتألف هذا الاستبيان من 25 بند ويوجد منه نسخة تقويم الآخر (للوالدين أو المعلمين للسن الواقعة بين 4 حتى 16 سنة) ونسخة تقويم ذاتي (بين 11 و16 سنة). وتقيس البنود معلومات في المجال الخمسة التالية: المشكلات الانفعالية ومشكلات السلوك وفرط النشاط ومشكلات السلوك مع الأتراب والسلوك الاجتماعي. ويمكن الحصول عليه مجاناً من الانترنت تحت www.sdqinfo.com [متوفر بعدة لغات منها العربية أيضاً –المترجم-].

الخطوة الثانية: الفحص الطبي

يتضمن التشخيص الدقيق دائماً استبعاد العوامل العضوية بالنسبة لنشوء واستمرارية شكاوى الطفل أو اليافع أو الانتباه إليها. ومن هنا لابد في كل حال وقبل بدء العلاج النفساني إجراء تشخيص طبي من خلال طبيب الأطفال المسؤول أو طبيب متخصص. فتجاهل الأسباب الجسدية في سلس البول على سبيل المثال يمكن أن يسبب بالنسبة

للطفل وأقاربه الإحباط الشديد عندما تتم معالجة الطفل نفسياً لأشهر طويلة من دون نجاح. ولا يعني وجود عوامل عضوية استبعاد المعالجة النفسانية بالضرورة. فحتى عند مشاركة العوامل الجسدية يمكن أن يكون من المفيد عمل تدخلات علاجية نفسية. إلا أنه ينبغي أن يحصل تعاون وثيق وتواصل مع الطبيب المسؤول.

الخطوة الثالثة: استخلاص التشخيص المرضي النفسي

يوجد أداتان لعمل الفحص النفس المرضي لدى الأطفال واليافعين: منظومة التقييم النفسي للأطفال واليافعين[1] (CSACAP-D) ومنظومة تشخيص الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع[2] (DISYPS-KJ) (Doepfner & Lehmkuhl,2000) . ويمكن استخدام الـ (CSACAP-D) كأداة فرز لقياس الأعراض النفسية المرضية لدى الأطفال، عندما لا يكون من الضروري عمل توضيح كامل وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 أو الدي.أس.أم. DSM-IV-TR. ويتضمن دليلاً لسبر المريض ودليلاً آخر لسؤال شخص مرجعي. وتحتوي المنظومة على 13 مجال يتم فيها قياس 98 سمة على النحو التالي:

1- التفاعل
2- السلوك المرتبط بالقواعد أو سلوك العناد المعارض
3- اضطرابات النمو
4- النشاط والانتباه
5- النفسي الحركي
6- القلق

(1) Clinical Assessment-Scale for Child and Adolescent

(2) Diagnostic-System for Child and Adolescent وبالألمانية Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV

7- القهر
8- المزاج والوجدان
9- سلوك الأكل
10- الشكاوى الجسدية
11- التفكير والإدراك
12- الذاكرة والتوجه والوعي
13- أخرى

ومن أجل تحديد التشخيص النوعي وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV-TR يمكن استخدام منظومة تشخيص الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع (DISYPS-KJ)، التي تتألف من قوائم تشخيص، يمكن من خلالها تشخيص الاضطرابات التالية: اضطرابات فرط النشاط، اضطرابات السلوك الاجتماعي، اضطرابات الأكل، الاضطرابات الاكتئابية، اضطرابات النمو عميقة الأثر، اضطرابات العرة واضطرابات السلوك الوظائف الاجتماعية. وإلى جانب القوائم التشخيصية تتوفر أيضاً مقاييس تقدير ذاتية ومقاييس تقدير من الآخر يتم تعبئتها من الوالدين أو المربي أو من الطفل. وإلى جانب التشخيص الفئوي وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تتيح هذه الأدوات إجراء وصف بُعدي dimensional للشذوات النفسية.

3.3.1 المقابلات المبنية

إلى جانب التشخيص بوساطة قوائم الأعراض برهنت المقابلات المبينة صلاحيتها لتحديد التشخيص النوعي لدى الأطفال واليافعين، خاصة إذا كان الهدف إجراء تشخيص تفصيلي لمجالات مشكلات الطفل من أجل التخطيط للعلاج. وعلى عكس القوائم التشخيصية تتيح المقابلات المبنية ثقة عالية في التعرف على الأنماط المختلطة من الاضطرابات. وعليه ينبغي في إطار المقابلات المبنية التطرق، على الأقل بشكل مختصر،

لكل صور الاضطرابات في سن الطفولة واليفوع. والهدف من خلال ذلك هو مواجهة خطر "التشخيص التوكيدي"، الذي لا يقوم فيه المشخص إلا بتوجيه تلك الأسئلة للطفل أو للوالدين، والتي لا تؤكد له سوى فرضيته الخاصة حول الاضطراب. فمثل هذا الإجراء سرعان ما يقود إلى التعامي عن الاضطرابات الأخرى عند الطفل. فقد استطعنا نحن أنفسنا مراقبة دراسة بأن أحدى الأمهات التي يعالج طفلها منذ عدة أسابيع بسبب ضعف الإنجاز في مركز خدمة نفسي مدرسي، لم تتحدث عن سلس البول لابنها عند إجراء مقابلة مبنية معها لأغراض بحثية.

وفي إطار المقابلات المبنية يتم الحصول من خلال دليل معطى للمقابلة على معلومات منهجية من الطفل والوالدين، ومن أشخاص مرجعيين آخرين إن أمكن (المعلمين، المربين) حول وجود صور اضطرابات معينة. وبالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية لا تتوفر حتى الآن إلا مقابلة واحدة مبنية للطفل والوالدين على حد سواء تتضمن دليلاً للمقابلة للطفل والوالدين أو الأشخاص المرجعيين.

والمقابلة المعنية هي المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية Diagnostically Interview for Psychological Disorders for Child and Adolescent (اختصار -Child DIPD) (Schneider et al., 2004). وتتيح هذه المقابلة تشخيص الاضطرابات النفسية الراهنة والباكرة لدى الأطفال واليافعين من خلال محكات الدي.أس.أم. DSM-IV والآي.سي.دي. العاشر ICD-10. ويقدم جدول (2) الاضطرابات التي تشملها نسخة الأطفال والوالدين وأدوات الفرز Screening المتضمنة. فإذا ما تمت الإجابة عن أسئلة الفرز بشكل إيجابي فيتم عندئذ إجراء سبر موسع لمجال المشكلة المطابق. وتتيح قواعد القفز إجراء قطع مبكر، إذا ما كان مجال ما من مجالات الاضطراب لا يحمل أهمية إكلينيكية، بحيث لا يكون من الضروري إكمال المقابلة بطولها.

الجدول (2) الفرز والاضطرابات المقاسة في نسخة الأطفال واليافعين المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية

نسخة الأطفال	نسخة الوالدين
الفرز Screening	
• مشكلات البصر والسمع • الأمراض المزمنة • اضطرابات التعلم • الذهانات • سوء استخدام الكحول/ العقاقير	• مشكلات البصر والسمع • الأمراض المزمنة • اضطرابات التعلم • اضطرابات التنظيم • الذهانات • سوء استخدام الكحول/ العقاقير
الاضطرابات Disorders	
• اضطرابات المهارات الحركية • اضطرابات التواصل • اضطرابات الانتباه وفرط النشاط • اضطرابا سلوك العناد المعارض • اضطرابات السلوك الاجتماعي • اضطرابات العرة • اضطرابات الإخراج • الاكتئاب الأساسي • اضطراب عسر المزاج • اضطراب بقلق الانفصال • اضطرابات الهلع/ رهاب الأماكن العامة • الرهابات النوعية • الرهابات الاجتماعية (بما فيها قلق الامتحان)	• اضطرابات المهارات الحركية • اضطرابات التواصل • اضطرابات ارتباط ارتكاسيه في سن الرضاعة • اضطرابات أكل وإطعام في سن الرضاعة والطفولة الأولى • اضطرابات الانتباه وفرط النشاط • اضطرابا سلوك العناد المعارض • اضطرابات السلوك الاجتماعي • اضطرابات العرة • اضطرابات الإخراج • الاكتئاب الأساسي • اضطراب عسر المزاج • اضطراب بقلق الانفصال • اضطرابات الهلع/ رهاب الأماكن العامة

نسخة الأطفال	نسخة الوالدين
• الخرس الاختياري • اضطرابات القهر • الاضطرابات القهرية • اضطرابات القلق المعمم • اضطرابات ما بعد الصدمة • فقدان الشهية العصبي • الشره العصبي • أكل الحفلات • الأرق الأولي • فرط النوم الأولي • اضطراب نوم مع السرنمة • اضطراب نوم من خلال الحركات المتكررة • الكلام أثناء النوم	• الرهابات النوعية • الرهابات الاجتماعية (بما فيها قلق الامتحان) • الخرس الاختياري • اضطرابات القهر • الاضطرابات القهرية • اضطرابات القلق المعمم • اضطرابات ما بعد الصدمة • فقدان الشهية العصبي • الشره العصبي • أكل الحفلات • الأرق الأولي • فرط النوم الأولي • اضطراب نوم مع السرنمة • اضطراب نوم من خلال الحركات المتكررة • الكلام أثناء النوم

وقد تم تقسيم المقابلة إلى جزء عام (فرز لقياس المشكلة الأساسية وأحداث الحياة في الأشهر الستة الماضية) وجزء خاص (قياس الأعراض الخاصة) ومقطع لتحديد تاريخ المرض النفسي والتاريخ الأسري المرضي. وبالإضافة لتحديد الأعراض اللازمة للتشخيصات وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV يتم الاستفسار عن العوامل المثيرة والمعدلة (المنظمة modulated). ويمكن إجراء المقابلة مع المرضى بدءاً من عمر الست سنوات حتى سن الثامنة عشرة ووالديهم أو المربين الآخرين. ويتم إجراء مقابلة الطفل والوالدين بشكل مستقل، مع الإشارة إلى أنه لم يتم تحديد تسلسل المقابلتين. وقد برهنت Child-DIPD على صدقها وثباتها (Schneider et al.,1995) .

بالإضافة إلى تحديد التشخيص النوعي للطفل فإنه من المفيد من أجل الموعد المبكر للعلاج إجراء تقييم للكفاءة الوظيفية للطفل وبصورة مستقلة عن اضطرابه النفسي. فالفحص المرضي النفسي لدى الأطفال واليافعين يقوم بالدرجة الأولى على تحديد القصور لدى الطفل. أما المجالات السلوكية أو الحياتية التي يكون فيها الطفل شغالاً بشكل جيد فلا يتم أخذها بعين الاعتبار أبداً. غير أن الاهتمام بهذه المعلومات يمكن أن يكون مفيداً جداً، لأنه هنا تتم الإشارة إلى موارد الطفل التي يمكن استثمارها في العلاج. وقد طور ماركوس ومجموعته (Marcus et al.,1993) المقياس خماسي الأبعاد five-dimensional-Scale لتقييم كفاءة الوظائف عند الطفل بغض النظر عن اضطرابه النفسي. ويتضمن المقياس الأبعاد: "الوظيفة في الأسرة" و"الأداء المحقق" و"العلاقة بالأتراب" و"الهوايات وقضاء وقت الفراغ" و"الاستقلالية". وتم تدريج كل بعد منفرد بشكل سباعي ولكل واحدة من المراتب السبعة تم إضافة وصف، يصف مستوى الوظيفة لهذه الدرجة. كذلك فإن استبيان تقييم تنظيم الانفعالات للأطفال واليافعين (Grob & Smolenski,2005) مفيد بالنسبة لعمل بروفيل الموارد وتقييم مخاطر تطور اضطراب نفسي ما. ففي هذا الاستبيان تم وضع عدد من استراتيجيات التنظيم الملائمة وغير الملائمة بشكل بُعدي dimensional وخاص بالانفعال لانفعالات القلق والحزن والغضب، الأمر الذي يمكن أن يدعم التخطيط المباشر للعلاج. كما يمكن استخدام "استبيان تمثل الضغط" المكيف مع الأطفال واليافعين في هذا الاتجاه (Janke & Erdmann; Hampel, Petermann & Dickow,2001).

ويعد مقياس التشخيص التقييمي لبارث (Barth,1998) أداة لوصف مستوى النمو (والكفاءة المدرسية). وقد تم تطوير هذا المقياس للمربين والمربيات ومعلمو ومعلمات التربية الصحية وأشخاص آخرين، والذين يفترض أن يكونوا مشاركين في تقييم مستوى النمو لطفل ما وخصوصاً استنادا إلى القدرة المدرسية. وليس هناك ما يمنع أيضاً من استخدام هذه الأداة في المسائل العلاجية النفسية، لاكتشاف احتمال وجود

تأخر نمائي أو للتمكن من ملاحظة الشذوذات النفسية بشكل أدق. وإلى جانب المهام الفعلية فيما يتعلق بالحركة والإدراك والذاكرة والقدرة على الانتباه والتحمل والفاعلية والسلوك الاجتماعي تم ذكر تعليمات للملاحظة تتيح التقييم متعدد الأبعاد لمستوى نمو الطفل.

3.3.2 تشخيص الذكاء

بالارتباط مع الصورة المرضية قد يكون تشخيص الذكاء عند الطفل مفيداً، من أجل توضيح احتمال أن تكون مشكلات وشكاوى الطفل راجعة إلى نقص المهارات المعرفية لديه. إلا أن تشخيص الذكاء ليس مفيداً دائماً ولا بد من وزن الأمر بشكل دقيق لأنه يحتاج للوقت. وفي الممارسة الإكلينيكية غالباً ما يتم منح تشخيص الذكاء التفصيلي والمستهلك للوقت أهمية كبيرة في حين لا تولى لتوضيح الأعراض النفسية بالمقارنة إلا القليل من الوقت، أو أن هذا يحصل بصورة غير معيره أو عبر الاستبيانات فقط. ومن اختبارات الذكاء الشاملة على سبيل المثال بطارية تقييم كاوفمان للأطفال Kaufman Assessment Battery for Children (اختصار K-ABC) للفترة الزمنية الممتدة من 2.6 حتى 12.5 سنة (الصيغة الألمانية Melchers & Preuss,2001) وتشخيص الذكاء التكيفي Adaptive Intelligence Diagnosticum-2 (اختصار AID-2)، للفترة الزمنية بين ست سنوات حتى 16.11 سنة (Tewes, Rossmann & Schallberger,1999). كما يمكن للمرء أن يحصل على لمحة مختصرة حول مستوى الذكاء من خلال اختبار الذكاء الأساسي المقياس-11 Basic Intelligence test Scale لمقياس CFT (Cattell, Weiss & Osterland,1997)، الذي يحتاج إلى نصف ساعة فقط. ونجد وصفاً مختصراً لهذا الاختبار في www.testzentrale.de ، كما يمكن تنزيل الاختبارات من هناك أيضاً.

3.3.3 الاستبيانات

يفيد القياس البُعدي Dimensional لسلوك المشكلة بشكل خاص في التمكن من تصوير أصغر التغيرات في مجرى العلاج. وإلى جانب ذلك تتيح الاستبيانات الإكلينيكية

الخاصة إجراء تقييم فاعل وموثوق للشذوذات السلوكية. وبناء على التناقض الموصوف سابقاً بين بيانات الوالدين والطفل فإنه من المفيد عند استخدام الاستبيانات إعطاء استبيان الأسرة والوالدين على حد سواء. ولهذا السبب جدولنا عند عرض الاستبيانات ومقاييس لتقييم الباثولوجيا النفسية للطفل واليافع الأدوات الخاصة بالطفل وبالوالدين على حد سواء. كما أنه من أجل تشخيص اليافعين كثيراً ما يمكننا أيضاً استخدام أدوات تم تطويرها للراشدين، لأن هذه الأدوات غالباً ما يمكن استخدامها بعد سن السادسة عشر. وبشكل عام لابد من الاستنتاج أن استخدام الاستبيانات ومقاييس التقدير مازالت نادرة بالنسبة لسن الطفولة بشكل خاص. ويقدم جدول (3) عرضاً للاستبيانات ومقاييس التقدير لتقييم الشكاوى النفسية والأعراض لدى الأطفال واليافعين. بعد ذلك تمت جدولة الأدوات حول الإمراضية العامة وفيما إذا كانت تستخدم من الوالدين أو الطفل نفسه.

3.4 **الخطوة الرابعة**: **تحليل السلوك المشكل (التشخيص القائم على التعديل)**

تتمثل هذه الخطوة في سبر الظروف الملموسة المحافظة على الاستمرارية بالنسبة للسلوك المشكل للطفل. وينبغي هنا سبر المظاهر التالية:

- ما هي المنبهات الملموسة المثيرة بالنسبة للسلوك المشكل (المواقف، الأفكار...الخ)
- كيف يستجيب الطفل على المنبهات المثيرة؟
  - جسدياً: مغص، خفقان سريع للقلب، تغير في التنفس...الخ على سبيل المثال.
  - استعرافياً: أفكار التهديد، الفشل، الكوارث...الخ.
  - السلوك: البكاء، الالتصاق بالشخص المرجعي، الانسحاب من الموقف، الصراخ، السلوك العدواني...الخ
- التعلم الإجرائي: كيف يستجيب الوالدان أو الأشخاص المرجعيين في الموقف المشكل؟

الجدول (3): استبيانات ومقاييس تقدير لقياس الشكاوى النفسية لدى الأطفال واليافعين (معدل عن شنايدر 2000)

الاستبيانات/ مقاييس التقدير	الوصف	المدى العمري بالسنوات	زمن التطبيق بالدقائق
الباثولوجيا النفسية العامة (تقييم الآخر)			
مقياس تقييم السلوك لأطفال ما قبل المدرسة (Doepfner et al.,1995)	تقييم سلوك الأطفال بين 3-6 من قبل الوالدين، 53 بند؛ تقييم سلوك الأطفال 3-6 للمربين 93 بند؛ استبيان الوالدين والمربي في صيغة منفصلة؛ الكفاءات الاجتماعية-الانفعالية، السلوك المعارض-العدواني، ضعف الانتباه/ فرط النشاط مقابل مدة اللعب، الشذوذ الانفعالي.	6-3	30
قائمة سلوك الأطفال (استبيان الوالدين) Child-Behavior-Checklist (CBCL) (النسخة الألمانية (Doepfner et al.,1994)	113 بند؛ نوع وتكرار نشاطات الطفل، العلاقات الاجتماعية، السلوك في المدرسة، الأعراض المنفردة، التصرفات المشكلة.	18-4	20
استبيان المعلمين حول سلوك الأطفال واليافعين (Doepfner et al.,1994)	93 مشكلة المتضمنة أيضاً في استبيان الوالدين، و27 سؤال تتوجه للوضع المدرسة وعلاقة المعلم-الطالب.	18-5	25
الباثولوجيا النفسية العامة (تقييم ذاتي)			
التقرير الذاتي لليافعين Youth Self Report (YSR)(Doepfner et al.,1994)	112 بند؛ الكفاءة الاجتماعية، الشذوذات السلوكية المهمة إكلينيكياً	18-11	25

الاستبيانات/ مقاييس التقدير	الوصف	المدى العمري بالسنوات	زمن التطبيق بالدقائق
استبيان غيزن للشكاوى للأطفال واليافعين (Braehler, 1992)	59 بند؛ الشكاوى العامة، والإعاشية، والألم والانفعالية وشكاوى الأطفال	15-9	10
الباثولوجيا النفسية الخاصة بالاضطراب (القاق) (تقييم الآخر)			
استبيان تقييم الآخر للقلق للوالدين أو المعلمين أو المربين (Doepfner & Lehmkohl, 2000)	36 بند؛ تتضمن محكات الأعراض وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV لتشخيص: اضطراب بقلق الانفصال، اضطراب القلق المعمم، الرهاب النوعي، الرهاب الاجتماعي	18-¾	20
التقييم الذاتي			
مقياس تقييم الذات للقلق (Doepfner & Lehmkohl, 2000)	32 بند، تتضمن محكات الأعراض وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV لتشخيص: اضطراب بقلق الانفصال، اضطراب القلق المعمم، الرهاب النوعي، الرهاب الاجتماعي	18-11	20-15
اختبار قلق الأطفال 2 (Thurner & Tewes,2000)	ثلاث مقاييس: استبيان القلق 18 بند؛ استبيان حالة القلق لقياس توقع القلق والقلق المتذكر 10 بنود لكل منهما	15-9	20-10
دليل حساسية قلق الطفولة childhood Anxiety Sensitivity Index النسخة الألمانية في طور الإعداد (Schneider & Silverman)	18 بند؛ يقيس الحساسية للقلق	18-8	10

الاستبيانات/ مقاييس التقدير	الوصف	المدى العمري بالسنوات	زمن التطبيق بالدقائق
استبيان الرهابات للأطفال واليافعين (Doepfner, Schnable & Ollendick,2005)	96 بند؛ المخاوف من مواقف ومواضيع مختلفة	8-18	15-30
مقياس القلق للأطفال (Wieczerkowsk et al., 1973	50 بند؛ القلق العام (الظاهر)، عدم الرغبة بالمدرسة، المرغوبية الاجتماعية، قلق الامتحان	9- 16/17	10-25
قائمة الرهاب الاجتماعي والقلق للأطفال (Melfsen & Warnke,2003)	26 بند؛ المظاهر الاستعرافية والسلوكية للرهاب الاجتماعي	8-16	10-15
مقياس القلق الاجتماعي للأطفال-معدل Social Anxiety Scale for Children-Revised (Melfsen & Florin,1997)	2 مقياسين فرعيين كل منهما 9 بنود؛ الخوف من التقويم السلبي والتجنب الاجتماعي والتجنب والضيق الاجتماعي Fear of negative Evaluation and Social avoidance and distress	8-16	10
اضطرابات الانتباه وفرط النشاط، السلوك العدواني			
اختبار الأداء المستمر Continuous Performance Test (Knye et al.,1996)	اختبار كمبيوتر؛ اختبار الانتباه	منذ السابعة	25
اختبار دورتموند للانتباه (Luth,1996)	13 بند؛ لقياس عمليات الانتباه المركبة	7-12	20-30
مقياس تقييم السلوك العدواني (Petermann & Petermann,1992)	22 بند؛ صراعات الحياة اليومية، العدوان ضد الأشياء، العدوان الذاتي	9-13	25
مقياس التقدير الذاتي لاضطرابات فرط النشاط (Doepfner & Lehmkohl, 2000)		11-18	

الاستبيانات/ مقاييس التقدير	الوصف	المدى العمري بالسنوات	زمن التطبيق بالدقائق
مقياس التقدير الذاتي لاضطرابات السلوك الاجتماعي (Doepfner & Lehmkohl, 2000)			

- التهدئة المبالغ بها، الدعم لسلوك تجنب الطفل، السلوك العدواني الاندفاعي، الاهتمام المفرط عند ظهور السلوك المشكل.

• التعلم وفق النموذج/ التعلم بالتعليمات Model/Instruction Learning: سلوك النموذج للوالدين أو الأشخاص المرجعيين أو تعليمات الوالدين للطفل

- الإمراضية النفسية للوالدين
- تعامل الوالدين مع بعض المشكلات والمواقف الصعبة (كتجنب المخاوف، أسلوب المواجهة المتمحور على المشكلة أو على الانفعالات على سبيل المثال)
- التعليمات للطفل: للطفل الخواف مثلاً حول خطورة الموقف المخيف للطفل (العالم المليء بالمخاطر على سبيل المثال).

• تفاعل الطفل الوالدين:

- السلوك مفرط الحماية، قليل التنمية للاستقلالية من جانب الوالدين.
- التعاطف الناقص، كثرة التعابير الناقدة
- سلوك الوالدين الاندفاعي، غير القابل للتنبؤ.

وإلى جانب الاستقصاء في الجلسة فإن طرق الملاحظة الذاتية وملاحظات السلوك والإجراءات التشخيصية الأسرية تعد أدوات مفيدة بالنسبة للحصول على هذه المعلومات. وفي هذا المقام يمكن استخدام استبيان الوالدين التشخيصي المذكور سابقاً

لديملت وآخرين (Dehmelt et al.,1993) أو يمكن الاستناد على المعلومات التي يتم الحصول عليها هناك كأساس لتحليل السلوك بشكل أدق.

3.4.1 طرق الملاحظة الذاتية

مازالت طرق الملاحظة الذاتية غير سائدة بالنسبة لتشخيص الاضطرابات النفسية لدى الأطفال واليافعين. ويمكن أن يكون على سبيل المثال استخدام دفاتر اليوميات لتقييم السلوك المشكل الراهن وسيلة مساعدة مهمة وبشكل خاص لدى الأطفال واليافعين الأكبر حول المدة الكاملة للعلاج. فهي تعلم الطفل الملاحظة الدقيقة لمشكلات سلوكه أو لمشكلاته النفسية من جهة، ومن جهة أخرى تتيح الضبط المستمر للتقدم العلاجي. وحسب نوع الاضطراب يتم في دفاتر اليوميات تقييم معلومات مختلفة. فلدى الأطفال باضطرابات اكتئابية على سبيل المثال من المفيد الحصول من دفتر اليوميات بانتظام على معلومات حول تدرج المزاج عبر اليوم وتقييم النشاطات وأيام الإجازات المدرسية للطفل. إلا أنه حتى الآن تكاد لا تتوفر أدوات معيره تصور المعلومات التشخيصية أو تقيس نجاح العلاج بشكل خاص. وأدوات التقييم الذاتي القليلة المطورة حتى الآن تفيد من خلال الملاحظة والتقييم في تعديل السلوك. ونجد لدى بيترمان وبيترمان (Petermann & Petermann, 1994a,1994b) أمثلة على السلوك العدواني غير الواثق اجتماعياً ولدى لاوث وشلوتكه (Lauth & Schlottke,2002) أمثلة على الأطفال المضطرب انتباههم.

3.4.2 ملاحظة السلوك

كذلك يمكن لملاحظة السلوك أن تقدم لنا معلومات حول الظروف المحافظة على استمرارية الاضطرابات النفسية، إضافة إلى أنها مصادقة للشذوذات السلوكية التي يذكرها الطفل ووالديه. وفي ملاحظة السلوك يمكن التمييز بين التقييم المنهجي وغير المنهجي. ومن ضمن الملاحظة غير المنهجية للسلوك نشير إلى الملاحظة بالصدفة التي

تحصل في أثناء سبر الطفل أو في أثناء تفاعل ملاحظ بين الطفل ووالديه. كما توجد إمكانية للملاحظة غير المنهجية تكمن في ملاحظة الدرس. وحتى لو كانت تلك الملاحظات مفيدة في بعض الأحيان فلا بد من أن نأخذ بعين الاعتبار أن هذه الملاحظات ليست ممثلة.

وفي الملاحظة المنهجية للسلوك يتم وصف أنماط محددة من السلوك بشكل تفصيلي وبمساعدة أدوات مصممة مسبقاً لهذا الغرض (كمقاييس ملاحظة على سبيل المثال). وغالباً ما تكون منظومات الملاحظة تلك خاصة جداً Specific. مثال ذلك اختبار السلوك التجنبي Behavior avoidance Test (اختصار BAT) (Lang & Lazovik,1963) المفيد من أجل ملاحظة أنماط السلوك الرهابية. وعادة ما يتم وضع الطفل في غرفة مع الموضوع الرهابي، وتتم ملاحظة المظاهر المختلفة للسلوك: المدة، التي يقضيها الطفل إلى جانب الموضوع المخيف بالنسبة له، المسافة المكانية التي يحافظ عليها الطفل عن الموضوع المخيف وعدد مرات الاقتراب وزمنها Latency. وفي الجدول (4) تم عرض مثال حديث لاختبار تقييم السلوك Behavior Assessment Test.

ومن أجل دعم تشخيص اضطرابات الانتباه يمكن استخدام اختبارات الانتباه الممتد المتناسب مع العمر (أقل مدة 20 دقيقة). وهنا ينبغي ملاحظة معالجة الطفل للموضوع.

3.4.3 التشخيص الأسري

بالإضافة إلى التشخيص القائم على الطفل يتيح التشخيص الأسري إمكانية توضيح فيما إذا كانت أعراض الطفل أو اليافع ترتبط مع أشكال التفاعلات والعلاقات الأسرية وطريقة الارتباط. فبمساعدة الاستبيانات والمقابلات وطرق الملاحظة تجري محاولة التحديد الموضوعي لتفاعلات المريض مع أشخاص محيطة القريبين. وقد قدم تسيربكا وفيرفيرت (Cirpka & Frevert,1994) من خلال استبيان الأسرة أداة تقرير ذاتي تتاح لكل فرد من أفراد الأسرة إمكانية وصف وجهة نظره على كل بند من البنود. وهنا يمكن

جدول (4): اختبار تقييم السلوك Behavior Assessment Test لقياس الخوف من العناكب لدى الأطفال واليافعين (عن Dewis et al., 2001)

الخطوة الأولى	افتح الباب وادخل غرفتك (عليك ألا تنظر للعنكبوت إذا لم ترغب ذلك)
الخطوة الثانية	اذهب للطاولة وقف أمام صندوق العنكبوت
الخطوة الثالثة	انظر للعنكبوت بدقة
الخطوة الرابعة	المس العلبة بيدك
الخطوة الخامسة	ارفع العلبة وامسكها بكلتا يداك
الخطوة السادسة	قرب العلبة أمام وجهك وانظر للعنكبوت بدقة
الخطوة السابعة	ضع العلبة على الطاولة وارفع الغطاء ولكن لا تفتحه كاملاً
الخطوة الثامنة	ارفع الغطاء كاملاً
يتم تنفيذ الخطوة التاسعة والعاشرة بالتعاون مع المعالج. يتم إخبار الطفل أو اليافع بأن المعالج سيلتقط العنكبوت عندما يشعر الطفل أو اليافع أنه غير قادر على ذلك.	
الخطوة التاسعة	دع العنكبوت يمشي على الأرض. استخدم لهذا الغرض المسطرة من أجل رفع العنكبوت بحذر من العلبة.
الخطوة العاشرة	التقط بالعلبة ووقطعة ورق العنكبوت وارفع الغطاء
الخطوة الحادية عشر	المس العنكبوت بيدك واتركها خارج العلبة وضعها بعدئذ ثانية في العلبة.

سؤال الأسرة كمنظومة (النسخة A) أو السؤال عن العلاقات بين أزواج مختلفة (النسخة Z) أو السؤال عن وظيفة كل عضو في الأسرة (النسخة S). ويتم قياس سبعة أبعاد: القيام بالواجبات، سلوك الأدوار، التواصل، الانفعالية، الاستقبال الانفعالي للعلاقة relationship reception، والتحكم والقيم والمعايير. وقد تم تطوير الاستبيان للأسرة والأطفال بدءاً من سن 12 ويتيح عند استخدام استبيانات محددة أو التوليف

بينها إجراء تشخيص أسري اقتصادي ومتناسب مع المشكلة (Cirpka & Frevert,1994). ومن الأدوات الأخرى المناسبة لقياس السمات الأسرية "صورة التماهي الأسري Family Identification Picture (Remschmidt & Mattejat,1999) ، واختبار منظومة الأسرة Family System Test (Gehring,1998) الصورة الذاتية للأسرة Subjective Family Picture (Mattejat & Scholz,1994) . ويمكن استخدام كل من مقياس صورة التماهي الأسري واختبار منظومة الأسرة مع الأطفال بدءا من سن السادسة، في حين أن مقياس الصورة الذاتية مناسب للسن بدءاً من العاشرة. ويعطي مقياس صورة التماهي الأسري معلومات حول المدى الذي يتماهي فيه أفراد الأسرة مع بعضهم وحول مقدار الانسجام الذاتي للطفل Self-Congruence. أما اختبار منظومة الأسرة فيعطي معلومات حول مقدار التماسك cohesion ووضع الهرمية لدى أسرة ما. ويتم تقديم مقياس الصورة الذاتية للأسرة كاستبيان لكل أفراد الأسرة ويتيح الحصول على معلومات حول التكافؤ valence الانفعالي، أي مدى شعور الطفل تجاه أمه وأبية بالراحة، ومعلومات حول الاستقلالية، أي مدى شعور الطفل بالاستقلالية تجاه أمه وأبية وأفراد الأسرة على سبيل المثال.

وتقدم قائمة أسلوب التربية معلومات حول سلوك التربية المعاش من الطفل (قياس منفصل للأم والأب) (Krohne & Pulsack,1990) وهو ملائم للأطفال واليافعين بين 8 و16 سنة ويتألف بالنسبة لكلتا النسختين من 60 بند، تقيس الدعم المعاش والتقييد والمديح والذم وشدة العقاب وعدم الاتساق [أو التناقض inconsistency]. وجميع الأدوات هذه محببة للطفل ولا تحتاج إلا إلى وقت قصير للتطبيق، إلا أن تقييم المقاييس مستهلك للوقت بالمقارنة. وعادة ما يكفي أحد هذه المقاييس من أجل الحصول على المعلومات اللازمة حول بنية الأسرة.

4- خلاصة

من حسن الحظ أنه تم في السنوات الأخيرة تطوير عدد من أدوات الفحص لتشخيص الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع. غير أنه علينا ألا نتجاهل أنه لا تتوفر الكثير من الأدوات المعيرة بالنسبة لسن ما قبل المدرسة. وفي العملية التشخيصية للأطفال واليافعين لابد من استخدام مصادر مختلفة للبيانات ووزن مبرر للبيانات المتناقضة أحياناً. إلا أنه مازال ينقصنا البحث المنهجي حول التبرير [الإسناد] الإمبيريقي لقرارات الوزن هذه.

عناوين انترنت مهمة لتنزيل استبيانات واختبارات

www.testzentrale.de

ويتيح هذه الموقع ملخصات حول الاختبارات المختلفة وإمكانية شراء الاختبارات مباشرة عبر الصفحة.

www.sdqinfo.com

تنزيل مجاني لـ DDQ بطبعات مختلفة، وشفافيات التقييم والتعليمات.

www.kjp-uni-koeln.de/kjfd.php

إمكانية طلب للطبعات المختلفة المنشورة حتى الآن من الأدوات الألمانية لـ T. Achenbach (CBCL etc.) .

Instruments

1. Barth, K. (1998). Die diagnostischen Einschatzskalen (DES) zur Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Schulfdhigkeit. Miinchen, Basel: E. Reinhardt.
2. Braehler, E. (1992). Gieftener Beschwerdebogen fuer Kinder und Jugendliche (GBBKJ). Bern:Huber.
3. Cattell, R.B., Weifi, R.H. & Osterland, J.(1997). CFT1: Grundintelligenztest Skala 1 (5. Aufl.). Goettingen: Hogrefe.

4. Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). Die Familienbogen. Ein Inventar zur Einschaetzung von Familienfunktionen. Goettingen: Hogrefe.

5. Dehmelt, P., Kuhnert, W. & Zinn, A. (1993). Diagnostischer Elternfragebogen (3.Veranderte Aufl.). Weinheim: Beltz.

6. Dewis, L. M., Kirkby, K. C., Martin, R, Daniels, B.A., Gilroy, L.J. & Menzies, R.G. (2001). Computeraided vicarious exposure versus live graded exposure for spider phobia in children. Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 32, 1727.

7. Doepfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G. & Steinhausen, H. C. (1999). Psychopathologisches BefundSystem fuer Kinder und Jugendliche (CASCAPD). Goettingen: Hogrefe.

8. Doepfner, M., Berner, W., Fleischmann, T. &Schmidt, M. (1995). Verhaltensbeurteilungsbogen fuer Vorschulkinder (VBV 36). Weinheim: Beltz.

9. Doepfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G.(1994). Handbuch: Fragebogen fuer Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Youth SelfReport Form (YSR) derChild Behavior Checklist. Koln: Arbeitsgruppe Kinder, Jugend und Familiendiagnostik (KJFD).

10. Doepfner,. M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (1994). Handbuch: Lehrerfragebogen ueber das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Teacher's Report Form (TRF) der Child Behavior Checklist. Koln: Arbeitsgruppe Kinder, Jugend und Familiendiagnostik (KJFD).

11. Doepfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). DISYPSKJ: DiagnostikSystem fuer psychische Stoerungen im Kindes und Jugendalter nach ICD10 und DSM IV. Bern: Huber.

12. Doepfner,M., Schmeck, K. & Berner, W. (1994). Handbuch: Elternfragebogen ueber das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/418). Koln: Arbeitsgruppe Kinder, Jugend und Familiendiagnostik (KJFD)

13. Doepfner, M., Schnabel, M. & Ollendick, T. (2005). Phobiefragebogen fuer Kinder und Jugendliche (PHOKI). Goettingen: Hogrefe.

14. Gehring, T.M. (1998). Familiensystemtest (FAST) (2. erweiterte Aufl.). Goettingen: Hogrefe.

15. Goodman, R. (1999). The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40, 791799.

16. Grob, A. & Smolensk!, C. (2005). Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEELKJ). Bern: Verlag Hans Huber.

17. Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2001). Stressverarbeitungsfragebogen von Janke und Erdmann angepasst fuer Kinder und Jugendliche. Manual. Goettingen: Hogrefe.

18. Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A. & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQDeu) Uebersicht und Bewertung erster Validierungs und Normierungsbefunde. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52, 491502.

19. Knye, M., Roth, N., Westhus, W. & Heine, A. (1996). Continous Performance Test (CPT). In G. W. Lauth & K. D. Hansgen (Hrsg.), Kinderdiagnostisches System. Goettingen: Hogrefe.

20. Krohne, H.W. & Pulsack, A. (1990). ESI - Das ErziehungsstilInventar. Weinheim: Beltz.

21. Kubinger, K.D. & Wurst, E. (2001). Adaptives Intelligenzdiagnostikum 2 (AID2). Goettingen: BeltzTest.

22. Lang, P.J. & Lazovik, A.D. (1963). Experimental desensitization of phobias. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66, 519525.

23. Lauth, G.W. (1996). Dortmunder Aufmerksamkeitstest (DAT). In G.W. Lauth & K. D. Hansgen (Hrsg.), Kinderdiagnostisches System. Goettingen: Hogrefe.

24. Marcus, A., Blanz, B., Esser, G., Niemeyer, J. & Schmidt, M.H. (1993). Beurteilung des Funktionsniveaus bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Stoerungen. Kindheit und Entwicklung, 2, 166172. Mattejat, F. (1993). Subjektive Familienstrukturen. Goettingen: Hogrefe.

25. Mattejat, F. & Scholz, M. (1994). Subjektives Familienbild. Goettingen: Hogrefe.

26. Melchers, P. & Preuss U. (2001). Kaufman Assessment Battery for Children (KABC). Deutsche Version. Goettingen: Hogrefe.

27. Melfsen, S. & Florin, I. (1997). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern (SASRD). Kindheit und Entwicklung, 6, 224229.

28. Melfsen, S., Florin, I. & Warnke, A. (2001). Sozialphobie und Angstinventar fuer Kinder (SPAIK). Goettingen: Hogrefe.

29. Petermann, F. & Petermann, U. (1992). Erfassungsbogen fuer aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EASJ; EASM) (2. vollig veranderte Aufl.). Goettingen: Hogrefe.

30. Petermann, F. & Petermann, U. (1994a). Training mit aggressiven Kindern. Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.

31. Petermann, U. & Petermann, F. (1994b). Training mit sozial unsicheren Kindern. Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung (5. ueberarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

32. Remschmidt, H. & Mattejat, F. (1999). FamilienIdentifikationstest (FIT). Goettingen: Hogrefe.

33. Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema filr psychische Stoerungen des Kindes und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD10 mit ICD 9 und DSMIIIR (3. revidierte Aufl.). Bern: Huber.

34. Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Stoerungen (DSMIV). Uebersetzung der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Goettingen: Hogrefe.

35. Schneider, S., Adornetto, C. & Unnewehr, S. (2004). Diagnostisches Interview bei psychischen Stoerungen des Kindes und Jugendalters (2. vollstandig ueberarbeitete und erweiterte Aufl.). Institut fuer Psychologie, Universitaet Basel.

36. Schneider, S. & Silverman, W. K. (in Vorbereitung). Childhood Anxiety Sensitivity Index. Goettingen: Hogrefe.

37. Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (1999). HamburgWechsler Intelligenztest fuer Kinder III (HAWIKIH). Goettingen: Hogrefe.

38. Thurner, F. & Tewes, U. (2000). Kinder AngstTest II (KATII). Goettingen: Hogrefe.

39. Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (Hrsg.) (1995). Diagnostisches Interview Psychischer Stoerungen im Kindes und Jugendalter (KinderDIP S). Berlin: Springer.

40. Wieczerkowski, W, Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1973). Angstfragebogen fuer Schuler (AFS). Braunschweig: Westermann.

34- اضطرابات التعلم

غيرهارد لاوث وهاينز بيدرسكي ومارغاريتا لاباس

Gerhard W. Lauth, Heinz Bederski & Margarete Labas

1- تعريف

يصف مفهوم اضطرابات التعلمLearning Disorders انخفاض الأداء في التعلم الهادف. وتظهر في أنه لا يتم اكتساب القدرة والمعرفة والسلوك المرغوب (كالقراءة والكتابة والحساب وسلوك التعلم على سبيل المثال)،لا بالنوعية ولا باليقين الكافيين ولا ضمن الوقت المخصص لذلك مؤسساتياً؛ فلا يتم الوصول لنتائج الأداء على الرغم من العروض التعليمية الملائمة، بحيث - طالما تم تقدير العرض التعليمي على أنه كاف- أنه يُشهد للتلاميذ أو الطلاب أو المتدربين أو المشاركين في التدريب المستمر بوجود اضطرابات قليلة أو كثيرة الاتساع في سلوك تعلمهم.

1.1 الوصف

يمكن لاضطرابات التعلم أن تكون ...

- **محدودة مضمونيا (كضعف القراءة والكتابة على سبيل المثال).**

ويتعلق الأمر هنا باضطرابات تعلم في مادة دراسية واحدة فقط (اضطراب تعلم منعزل أو مستقل F81.1؛ اضطراب قراءة وكتابة مركب F81.0؛ اضطراب حساب F81.2) يتحدد عند وجود مستوى متوسط من الذكاءً من خلال الانخفاض الواضح في الأداء في مجال تعلم واحد، في حين يكون الأداء المواد الدراسية الأخرى جيداً.

- **عامة، عابرة للمواد**

في هذا النوع من اضطرابات التعلم (كالاضطرابات المركبة للمهارات المدرسية F81.3؛ اضطرابات التعلم F81.3؛ نقص القدرة على التعلم F81.3) يكون التعلم متضرراً "في جبهة عريضة" في المجالات المدرسية المختلفة وفي المجالات خارج المدرسية إلى حد ما. وغالباً ما تكون القدرات الذهنية تحت المتوسط هنا.

- **ذات طبيعة عابرة**

تقوم اضطرابات التعلم هذه في الغالب على انقطاعات التعلم نتيجة الظروف الموقفية (تغيير المدرسة، أزمات النضج، اضطرابات الخبرة، إعادة التوجهات New orientation.

- **مستمرة**

لاضطرابات التعلم (كاضطرابات القراءة والكتابةF81.0 والحساب F81.2 المركبة) الميل الواضح للاستمرار وللتوسع إلى حد ما إلى مشكلات اجتماعية ومشكلات في قيمة الذات (قارن Esser & Remschmidt,1993).

1.2 الجائحة

تنتشر اضطرابات التعلم بكثرة؛ وهي تمثل القاعدة أكثر منها الاستثناء. وحسب

الاضطراب (كضعف التحصيل Underachievement، ضعف الحساب، ضعف القراءة والكتابة، الضعف العام في التعلم، الفشل المدرسي، الرسوب على سبيل المثال) تبلغ نسبة الانتشار بين 1.8 و3.5٪ (خلاصة لدى Lauth, Gruenke & Brunstein,2004). فإذا ما أضفنا إلى ذلك تضررات التعلم والتي على الرغم من أنها أداءات تعلم غير كافية ووخيمة، إلا أنها لا تحقق محكات الاضطراب الإكلينيكي، فيرتفع هذا العدد عندئذ. فوفق دراسة بيسا Pisa-Study على سبيل المثال فإن حوالي 10٪ من التلاميذ بعمر 15 سنة لا يمتلكون القدرة على القراءة المفهمة للمعنى لأبسط النصوص. ولا يوجد تساو في التوزع الجنسي والوضع الاقتصادي الاجتماعي: فنسبة الصبيان أكثر من البنات حيث تبلغ بين 2:1 (اثنان إلى واحد) و3:1 (ثلاثة إلى واحد)؛ ونسبة والأطفال من الظروف الاجتماعية غير المناسبة ومن الأجانب حوالي 3–3 أكثر. كما ينعكس هذا الانتشار في نسب اللجوء لمراكز التربية والاستشارة (كالعيادات ومركز التوجيه التربوي على سبيل المثال)، التي تمثل فيها اضطرابات التعلم تقليدياً أكثر أسباب المراجعة.

2- التشخيص

ينطلق التشخيص من تصور نظري سلوكي لاضطرابات التعلم، والذي سوف نعرض خطوطه الأساسية. وهذا التصور يعطينا ما هي المتغيرات المؤثرة التي علينا الانتباه إليها وكيف يمكن تفسير اضطرابات التعلم عن طريق تحليل الظروف. وهو يقدم واقعياً فروض، لابد من توضيحها في التشخيص - الذي يجري هو نفسه بشكل هرمي وقائم على العملية من جهته.

2.1 تصور نظري سلوكي إطاري

2.1.1 متغيرات التأثير المهمة للتعلم الناجح

يمثل التعليم المقصود تصرفاً مركباً هادفاً يمكن وصفه في مجراه الزمني وفي

شروطه المضمونية على حد سواء. وعموماً فإن السمات التالية أساسية للتعلم (قارن Spear & Sternberg,1986; Montague & Bos, 1986; Klauer & Lauth,1997).

- عمليات استراتيجية استعرافية عليا Metacognitive Strategically Processes للتخطيط ومراقبة وتقييم حلول المهام [الواجبات]. وتستند بشكل أساسي على الفهم والتعرف على الواجب التعليمي واشتقاق الاستراتيجيات وتنشيط الأساس المعرفي المهم وتجهيز الموارد ومراقبة الاستراتيجيات وتقييم حلول الواجب. وهنا بالتحديد يكمن القصور لدى الأطفال مضطربي التعلم. فعلى عكس الأطفال غير الملفتين للنظر فإنهم يراقبون تعلمهم أقل بكثير ويتنبهون بشكل أندر لأخطائهم ويتجنبون بذل الجهد المرتبط مع اللجوء إلى الاستراتيجيات العليا، ويعرفون استراتيجيات ملائمة بشكل أقل أيضاً، والتي يمكن أن تساعدهم عند وجود صعوبات في التنفيذ. فهم ينمّون إذاً وبشكل خاص في مواقف التعلم الحرجة (كما هو الحال في المهمات الجديدة المركبة أو صعوبات التعلم على سبيل المثال) نشاطات أقل من مما هو لازم. ومن خلال ذلك فإنهم يستبصرون تعلمهم بمقدار أضأل ويحللون موضوع التعلم بصورة أندر ويناقشون أنفسهم أقل حول أهداف تعلمهم ويراقبون سلوكهم بشكل أقل لهذا فهم يستنتجون بدرجة أقل فيما إذا كان سلوك تعلمهم مازال متطابقاً مع أهدافهم. وتمتد هذه اللافاعلية inactivity أيضاً إلى التعبير عن خبراتهم التعلمية (كإعادة التفكير في طريق التعلم فيما بعد، استخلاص استنتاجات بالنسبة لمواقف التعلم الشبيهة على سبيل المثال)، بحيث أنه قلما يتم إنتاج استبصار قابل للتعميم (استراتيجيات تعلم، قواعد المعالجة، كفاءات تعلم) وقلما يطور الأطفال ضعاف التعلم سلوكهم التعلمي (قارن Klauer & Lauth,1997; Meichenbaum & Biemiller,1992).
- مكونات التنفيذ، التي تستند إلى حد ما على المراحل الملموسة لسلوك التعلم. ومن بينها العمليات الملموسة (إجراء خطوات الحساب، الكتابة) وعمليات ترميز الذاكرة والانتباه وعمليات الترميز اللغوية. فعلى سبيل المثال يتمسك الأطفال

ضعيفي القراءة والكتابة طويلاً بمرحلة باكرة من عملية التعلم (التهجي الحرفي للكلمات)، وإدراكهم الصوتي phonological Awareness (معرفة أن اللغة تقسم إلى كلمات وهذه من جهتها إلى مقاطع وفونيمات[1]؛ أي القدرة على تشكيل كلمات من المقاطع؛ (Klicpera, Graeven, Schabmann & Gasteiger-Klicper,1993) ومهاراتهم التخزينية الخاصة (المتعلقة بالكلمة) (Witruk, Lander & Weinhold,1996) متضرر. وغالباً ما نستنتج لدى الأطفال مضطربي التعلم العام وجود صعوبات أداء وظيفية (كالنقص في الكفاءة اللغوية، خلل في ذاكرة العمل ، عدم كفاية الانتباه الانتقائي، خلل في الذاكرة الدلالية semantics، تأخر في النمو المعرفي (قارن ;Donahue, 1986 .(Swanson,1986,1988; Lehmkuhl, Thoma & Flechtner,1992

- كفاءات اكتساب المعرفة، اللازمة لفك الترميز الانتقائي وتقارن على سبيل المثال المعلومات الجديدة مع المعلومات المتوفرة. فالمعرفة وتنظيمها يلعبان إذاً دوراً كبيراً في نشوء اضطرابات التعلم واستمراريتها. والمعرفة المنتظمة [المتناسقة] تنظم التصرف وتحفز التعلم المنتظم والكفء. وبالمقابل فإنه لدى مضطربي التعلم يغلب أن يلاحظ لديهم وجود نقص في المعرفة و"أساس منخفض من التعلم" (نقص المعارف الأساسية Fundamental Knowledge، والمفاهيم الأساسية والمعارف الأولية base Knowledge ومفاهيم الربط)، الأمر الذي يجعل من اكتساب معرفة جديدة صعباً أو مستحيلاً.
- العمليات الدافعية (كالاستعداد لبذل الجهد، توقعات الكفاءة الذاتية)، الحاسمة بالنسبة لتوجيه نشاط التعلم وحشد الجهود وتهيئة الموارد المناسبة (الوقت للتدريب، تكرار [تسميع] repetition المادة التعليمية، دراسة النصوص). ويمكن لدى الأطفال مضطربي التعلم كقاعدة ملاحظة نقص الاستعداد لبذل الجهد

---

(1) الفونيمة إحدى وحدات الكلام الصغرى التي تساعد على نطق لفظة ما عن نطق لفظة أخرى في لغة أو لهجة ما كـ P في Pin وf في Fin، وهما فونيمتان مختلفتان.

وتوقعات الفشل ومخاوف الإنجاز، وغالباً بالارتباط مع سلوك غير ملائم وقليل الاستمرارية وقليل النتائج في التعلم والواجبات (Harris,1986; Schmalohr,1991)

- ظروف سياق التعلم، من نحو واقعية أو لاسياقية [انسلاخ] De contextualization محتويات التعلم ونوعية وكفاية التعليمات أو الدرس أو مكانة المتعلم في المجموعة. وتشير الأبحاث الأحدث إلى أنه في المدرسة غالباً ما تكون المعرفة المجردة (المنسلخة) هي المطلوبة دون أن يتضح للتلاميذ قابليتها للاستخدام والعلاقة بالموقف (Renkl,1996) وهذا التعلم يتطلب من التلميذ أن يقوم بنفسه بالتجسيد. وغالباً ما يترك على عاتقه اكتشاف القواعد واشتقاق الاستراتيجية والقيام بالنقل وجمع المعرفة من دون أن يتم توجيهه إلى ذلك بالفعل. إلا أن هذا يصعب على التلميذ مضطرب التعلم. وفي هذا السياق تلعب الظروف الأسرية دوراً كبيراً: فعندما يتوقع البيت والمدرسة تصرفات منسجمة، فإن تعلمه سيتحفز؛ أو سيصبح صعباً في الحالة المعاكسة (من خلال الأدوار والنشاطات ونمو القيم المتناقض) (قارن Turner,1987). وهذا هو الحال لدى الأطفال مضطربي التعلم الذين غالباً ما يكونوا وبشكل يفوق الصدفة ممن ينتمي للطبقة الاجتماعية الدنيا أو للأقليات الاجتماعية. ومن ضمن ظروف السياق أيضاً مكانة الطفل مضرب التعلم في الفصل [الصف]: فغالباً ما يكون هذا الطفل هامشياً بالفعل ومربوطاً بإعزاءات أخرى سلبية وتهميش اجتماعي متزايد Marginalization (Gasteiger-Klicpera, Klicpera & Schabmann,2006).

2.1.2 التعلم كسلوك

يختلف المتعلمون الجيدون والسيئون عن بعضهم بشكل خاص من خلال الأسلوب الذي يقومون فيه بالتعلم ويتعاملون فيه مع الواجبات: فالأطفال مضطربي التعلم يقضون وقتاً أقل في التحضير الفاعل للواجبات ويختبرون المعرفة المسبقة الموجودة بمقدار أقل ويمارسون المراقبة المرافقة للتصرف لنشاطهم التعلمي بشكل أقل ويلجئون

بصورة أندر إلى أساليب منتظمة عليا ويفكرون أخيراً بشكل أقل بطريق تعلمهم السابق والنتائج التعلمية المتحققة. وتتفق الدراسات مع بعضها في أن الأطفال مضطربي التعلم يستخدمون بدرجة أقل بكثير من المتعلمين غير الملفتين للنظر استراتيجيات وعمليات استعرافية عليا (Meltzer, Solomon, Fenton & Levine, 1989; Keller,1993; Meichenbaum & Bielmler,1992) . وبشكل خاص فإنهم أندر في اللجوء إلى الاستراتيجيات والعمليات الاستعرافية العليا Meta-cognitive Processes التالية:

- استراتيجيات استقاء المعلومات وتمثلها (تشكيل ارتباطات المعاني، اللجوء إلى الخبرات السابقة، استخدام استراتيجيات الذاكرة، تسجيل الملاحظات)،
- استراتيجيات تنظيم التصرف (كالتخطيط لمجرى التعلم، توقع الصعوبات، تسجيل مواعيد الواجبات الصفية)؛
- إرشادات تصرف لفظية (كاستخدام الوسائط اللفظية، صياغة أسئلة استعرافية عليا موجهة للذات)؛
- استراتيجيات التحكم بالتصرف (مراقبة مجرى التصرف، ممارسة توجيهات ذاتية انفعالية ودافعية)؛
- عمليات توجه وتصنيف تنظيمية (كتصنيف المعلومات الجديدة، بناء منظومات للأهمية، التصنيف الفاعل للمعلومات الجديدة).

بالمقابل يمتلك المتعلمون الجيدون معرفة استعرافية عليا Meta cognitive Knowledge واستراتيجيات ملائمة يمكن الاستعانة بها في حالات الشك (Pressley, Borkowski & Schneider,1987). وبالتالي تستنتج التحليلات البعدية (بما مجموعة 179 دراسة) أن أهم الشروط لاكتساب المعرفة التعميمية هي الاستراتيجيات الاستعرافية العليا والضبط الإجرائي [التنفيذي executive] (Wang, Haertel & Walberg,1990).

بالإضافة إلى ذلك فإن تعلم الأطفال مضطربي التعلم يتصف بفيض النشاطات غير الملائمة، كالتخمين والتظاهر بالحماقة وصعوبات الانضباط وإزعاجات الدرس

والعدوانية ضد التلاميذ الآخرين والقابلية للإلهاء والسلوك الخواف اليائس (الانسحاب الاجتماعي، تجنب مواقف التعلم، نقص المشاركة بالدرس). والشيء المميز هنا هو سلوك القارئ السيئ (Schmalohr,1991). إنهم يحاولون " إعادة التعرف recognize" على النص، ويستخدمون القليل من الطاقة في الانتقاء ويشغلون بالهم بأفكار كثيرة حول فشلهم ويتوقعون بشكل أساسي المساعدة من الخارج.

2.2 التشخيص التصنيفي

ينطلق التشخيص من العام إلى الخاص. وهو يلجأ بشكل خاص إلى تحليل توجيهي للسلوك oriented behavior analyses وترتيب تشخيصي تفريقي للصعوبات/ للمشكلات السلوكية المتعرف عليها.

2.2.1 التشخيص التوجيهي: ما هي الصعوبات التي يتم ذكرها؟

هنا يتم إجراء تحليل استقصائي للسلوك يسبر المشكلة القائمة ويتيح صياغة أول الفرضيات حول الأسباب (قارن Kanfer & Saslow,1965; Lauth, Gruenke & Brunstein, 2004, P. 459-462). وهنا يتم تفسير اضطرابات التعلم على أنها قصور في السلوك أو إفراط فيه[1] أيضاً. ويسترشد تحليل السلوك بنموذج وظيفي لوصف السلوك. فبداية يتم الوصف النموذجي لصعوبات التعلم ثم يأتي بعد ذلك تحليل العوامل المثيرة والمعززة لسلوك التعلم المرغوب وغير المرغوب (نموذج O-S-R-C-Ć) [2].

ويقوم تحليل السلوك على المعلومات الناشئة في العادة الحوارات والملاحظات مع الوالدين والمعلمين والطفل المعني. وهي تراعي في العادة المظاهر التالية:

---

(1) Behavior deficit or Behavior excess

(2) خصائص العضوية **Organism variables**، الاستجابة Reaction، المثير السابق antecedence Stimuli، النتيجة Consequenes، احتمالية الحدوث Contingence- contiguity (التماس أو الاتصال).

الوصف العام للمشكلة (R)

- كيف يتم وصف صعوبات التعلم عند الطفل؟ كيف يتم تعريف المشكلة القائمة؟
- منذ متى تمت ملاحظة صعوبات التعلم هذه؟ ومما تتكون بالتفصيل؟
- هل تقتصر اضطرابات التعلم على مجالات محددة من المضامين (كالقراءة) أم أنها تظهر بشكل عام (اضطرابات التعلم في المواد الدراسية المختلفة)؟

وصف صعوبات المخرج (صعوبات التعلم النموذجية)(R)

- يتم الطلب من المعلمين والأهل إعطاء وصف قريب للسلوك لصعوبات التعلم ووصف دقيق للأحداث الملموسة المرتبطة في هذا السياق وذلك من خلال الأسئلة التالية:
- أتستطيع أن تقول لي متى أظهر (اسم الطفل) في المرة الأخيرة مثل تلك الصعوبات في التعلم بالمعنى الموصوف أعلاه؟
- كيف تصرف هنا؟ ما الذي حصل بشكل ملموس؟
- ما هي الظروف التي كانت موجودة في هذا الموقف (الأشخاص، حقل الدراسة، الحصة الدراسية على سبيل المثال)؟
- كيف ظهرت صعوبات التعلم (على سبيل المثال فرط استجابة انفعالية، قلق، استجابة متسرعة، تكرار الأخطاء، تخمين، تجنب المطالب، من نحو التغابي [التظاهر بالحماقة] على سبيل المثال)؟.
- هل تظهر صعوبات التعلم دائماً بهذه الطريقة؟ فإذا كانت الإجابة لا فكيف تظهر بطرق أخرى؟
- أتترافق صعوبات التعلم مع صعوبات أخرى (عدوان، عزلة اجتماعية، عدم رغبة بالمدرسة، التغيب عن المدرسة، عدم الطاعة؟)

تحليل الظروف الموقفية والمثيرات (S)

في أي مجالات ومواقف تلاحظ صعوبات التعلم الموصوفة (في الواجبات البيتية، في مواد دراسية معينة، الواجبات الصامتة، الدرس الأساسي، في عمل المجموعات الصغيرة، في أعمال الفصل على سبيل المثال)؟

- من يخبر عن المشكلات (المعلم، الوالدين، معلم الصف، معلم المادة)؟
- هل يوجد أيضاً أشخاص لا يلحظون صعوبات التعلم هذه؟ فما هي الظروف التي تكون عندئذ موجودة (مجالات أخرى من التعلم، معلمون آخرون، مطالب أخرى، مساعدات متزايدة على سبيل المثال)؟
- متى تظهر صعوبات التعلم الموصوفة بشكل خاص؟ جعل الشخص المسؤول يصف المواقف أو مجالات التعلم المطابقة!هل كانت توجد في بعض الأوقات ضغوطات [إرهاقات] أو أحداث غير مألوفة، كانت موجودة عند الظهور الأول لاضطرابات التعلم (تبديل المعلم، تبديل الفصل، انتقال الأسرة على سبيل المثال)؟.

تحليل واجبات التعلم وسلوكه (R)

- التحليل المسبق لمحتوى التعلم (يجيب عنه المعالج داخلياً)
- ما هي المطالب التي تطرحها محتويات التعلم على الطفل في الوقت الراهن؟
- ما هي الشروط القائمة على السلوك (على سبيل المثال التركيز، التحمل) والاستعرافية (كالمهارات الأساسية، المعارف المسبقة، استراتيجيات التعلم) اللازمة من أجل التنفيذ؟
- ما هي الخطوات السلوكية المنفردة التي تنتمي لذلك (من فهم التعليمات عبر تنفيذ الواجبات وانتهاء بمراجعة [تفحص أو تدقيق] نتائج التعلم والتجريد على سبيل المثال)؟

- ما هي الاستراتيجيات التي يتطلبها تنفيذ سلوك التعلم (كتنشيط الخبرات السابقة ، التخطيط المسبق لعملية التعلم، مراقبة عملية التعلم، طرح أسئلة على النفس حول الإجراءات الذاتية)؟

تحليل سلوك التعلم

- كيف يتعامل الطفل مع الواجبات التعليمية؟ كيف يتصرف هنا بالضبط [بشكل ملموس]؟
- ما هي الخطوات التي يمتلكها للحل؟ أين يرتكب أخطاء (وما هي)؟
- ما الذي يحصل عندما لا يتقدم الطفل؟ وكيف يتصرف عندئذ؟
- تحليل شروط التعلم (O)
- ما هي المهارات الأساسية (الذكاء، بروفيل الاستعدادات) التي يمتلكها الطفل؟
- ما مدى جودة قدرة التركيز وتحمل الطفل؟
- ما هي ميول الطفل؟
- ما هي المساعدة التي يمتلكها الطفل من أجل حل واجب ما؟
- هل توجد إعاقات مرتبطة بمرض ما أو مرتبطة بالنمو (كاضطرابات الكلام، الشذوذات العصبية على سبيل المثال)؟
- كيف يقيم الوالدان والمعلمون موارد وإمكانات الطفل في مواجهة المشكلات؟

تحليل النتائج واحتمالات الحدوث (C) & (Ć) Consequences and Contingencies

لابد من الإجابة عن الأسئلة التالية بناء على تكرار وانتظام ظهور النتائج الموصوفة وفي أية مواقف.

- كيف يتصرف المعلم في مواقف المشكلات الموصوفة؟

- كيف يستجيب زملاء التلميذ في الصف؟
- كيف يستجيب الوالدان على النجاحات المدرسية أو الفشل؟
- كم مرة يتم مدح الطفل أو لومه وعلى أي سلوك؟
- ما هي النتائج بعيدة المدى المتوقعة من صعوبات التعلم القائمة (كخطر الرسوب، تأخرات أخرى في التعلم، استمرار عدم رغبة التلميذ بالتعلم)؟

تحليل ظروف السياق والموارد في البيت والمدرسة

- التحفيزات في الأسرة (كالأنشطة المشتركة، مواد اللعب، كتب الأطفال)،
- تصورات القيم الوالدية (كتقدير قيمة الإنجازات المدرسية على سبيل المثال)،
- إدارة وقت الأسرة،
- قناعات الضبط في الأسرة،
- أهداف الأداء ومطالب الوالدين من الطفل،
- حفز وضمان الاستقلالية،
- الدعم الوالدي للطفل في الأمور المدرسية،
- كيف يقيم ويفسر المعلم المشكلة لنفسه؟
- كيف تتوزع المقاعد والطاولات في غرفة الفصل؟ ما تقييم موضع جلوس الطفل في هذه التشكيلة؟ ما هو الدور الذي يلعبه تفاعل الطفل مع جيرانه؟
- ما هي المكانة (السوسيومترية) التي يمتلكها الطفل في مجموعة فصله؟
- متى وكيف يشارك التلميذ في الدرس؟
- كيف يتم تقييم مساهمات الطفل في الدرس ؟
- هل يزعج التلميذ الدرس، هل يظهر شذوذات؟
- كيف يتم تقييم مستوى معرفة الطفل؟ هل يوجد قصور معرفي معروف؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمما يتكون؟

- أَيُؤَمِّن المعلم مساعدات خاصة؟ هل هو مستعد للتعاون؟ ما هي الإجراءات التي تبدو أساسية من وجهة نظره؟

أمور أخرى

- ما الذي يتوقعه الوالدان، المعلم من المساعدة؟
- ما هي الإمكانات التي يراها الوالدان والمعلمون للتأثير على سلوك المشكلة القائم؟ ما الذي قاما به حتى الآن؟
- هل قامت المدرسة بعمل تنمية خاصة؟ إذا كانت الإجابة نعم فما هو تقييم النجاح حتى الآن؟
- هل يوجد أنشطة للوالدين، يمكن للتدخل أن يعتمد عليها (كالإرشادات في أثناء الواجبات المنزلية، حوارات حول المدرسة، المعالجة المعمقة لمضامين محددة، التعلم المشترك؟).

2.2.2 التصنيف وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10

تم تعريف اضطرابات التعلم على أنها انخفاض في الأداء [الإنجاز]. ولدى وجود شك مُبَرَّر فلابد من إجراء تشخيص تفريقي، يعطينا من خلال اختبارات معيارية الأداء التعلمي الراهن والاستعدادات الموجودة (الذكاء). فعلى سبيل المثال يوجد اضطراب في القراءة والكتابة (F81.1) عندما يكون أداء التلميذ تحت المستوى المتوقع استناداً لذكائه وعمره وتمدرسه. وبالنسبة "لاضطراب التعلم المحدد" فقد تم التحديد الإجرائي لهذا وفق التوجيهات البحثية للآي.سي.دي. العاشر ICD-10 على سبيل المثال من خلال المحكات التالية بشكل خاص:

- ينبغي أن تكون نتيجة اختبار القراءة واقعة على الأقل انحرافين معياريين تحت المستوى المتوقع في العادة استناداً إلى السن والذكاء.

- لابد للاضطراب أن يعيق التأهيل المدرسي أو كل النشاطات اليومية التي تتطلبها مهارات التعلم.
- لا يجوز لانخفاض الإنجاز أن يرجع إلى اضطرابات في البصر أو السمع أو لأمراض عصبية.

ومن أجل تبيين ذلك يتم استخدام اختبارات تحصيل مدرسية واختبارات ذكاء معيارية ومعيره ملائمة للسن المدرسي.

جدول (1): أدوات لقياس الأداء المدرسي

الأداة	المؤلفون	مجال الاستخدام
اختبار الكتابة التشخيصي للصف الأول والثاني والثالث	Mueller (2003)	• الأطفال في السنوات المطابقة • تقييم كمي ونوعي للكفاءة الكتابية
اختبار الكتابة التشخيصي للصف الرابع	Grund, Haug & Naumann (2003)	• الأطفال في السنوات المطابقة • تقييم كمي ونوعي للكفاءة الكتابية
اختبار سالزبيرغ للقراءة والكتابة	Landerl, Wimmer & Moser (1997)	• الأطفال في نهاية الصف الأول حتى نهاية الصف الرابع
اختبار هامبورغ للقراءة	May (2002)	• الأطفال من الصف الأول حتى نهاية الصف التاسع • تقييم كفاءة الكتابة ، تمايز [تفريد] واسع في المجال الأدنى من الأداء.
اختبار هامبورغ للقراءة الصامتة	Kuerspert & Schneider (1998)	• الأطفال من الصف 1-4 • يقيس سرعة القراءة
واجب القراءة Knuspels-L	Marx (1998)	• الأطفال نهاية الصف الأول حتى نهاية الرابع

الأداة	المؤلفون	مجال الاستخدام
		• يقيس مهارات القراءة الأساسية وفهمها
الكفاءات الأساسية لأداء القراءة والكتابة (1-4)	Stock, Marx & Schneider (2003)	• الأطفال من الصف 1-4 • تقييم الإدراك الفونولوجي
اختبار الرياضيات الألماني للصفوف الأولى (1+)	Krajewski, Kuespert, Schneider &Visé (2002)	• الأطفال نهاية الصف الأول وبداية الصف الثاني • تقييم الكفاءة الرياضية والتحديد المبكر لضعف الحساب أو قوته.
اختبار الرياضيات الألماني للصفوف الثاني والثالث (2+)	Krajewski, Kuespert, Schneider &Visé (2004)	• الأطفال نهاية الصف الثاني وبداية الصف الثالث • تقييم الكفاءة الرياضية والتحديد المبكر لضعف الحساب أو قوته.
اختبار الرياضيات الألماني للصف الثالث (3+)	Roick, Goelitz & Hasselhorn (2004)	• الأطفال نهاية الصف الثالث وبداية الرابع • تقييم الكفاءة الرياضية والتحديد المبكر لضعف الحساب أو قوته.
اختبار عسر الحساب	v. Aster (2001)	• أطفال التعليم الأساسي • يتيح التقييم الكمي والنوعي للمظاهر الأساسية لمعالجة الأرقام والحساب
اختبار الأداء المدرسي العام للصف الثاني	Rider (1991)	• الأطفال في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الصف الثاني • تقييم شامل للأداء المدرسي [الإنجاز]
اختبار الأداء المدرسي العام للصف الثالث	Fippinger (1991)	• الأطفال في نصف السنة الثاني من الصف الثالث

الأداة	المؤلفون	مجال الاستخدام
		• تقييم شامل للأداء المدرسي [الإنجاز]
اختبار الأداء المدرسي العام للصف الرابع	Fippinger (1992)	• الأطفال في نصف السنة الثاني من الصف الرابع • تقييم شامل للأداء المدرسي [الإنجاز]
بطارية كاوفمان لتقييم الأطفال	Kaufman & Kaufman; German. Melchers & Preuss (1994)	• الأطفال 2;6-12;5 سنة • تقويم القدرات الذهنية والمهارات المكتسبة، التمييز التفكير التفصيلي والكلي
مقياس هامبورغ فيكسلر للذكاء للأطفال HAWIK-III	Tewes, Rossmann &Schallberger (2000)	• الأطفال6;0-16;11 سنة • تقييم مستوى النمو العقلي العام، توضيح اضطرابات الأداء
تشخيص الذكاء التكيفي	Kubinger & Wurst (2001)	• الأطفال 6;0-15;11 سنة • تقييم الاستعرافات المركبة والأساسية • تفضيل خاص: قياس اقتصادي من خلال الميزات التكيفية للاختبارات الفرعية
مقياس اختبار الذكاء الأساسي (الطبعة الخامسة)	Cattell, Weiss & Osterland (1997)	• الأطفال 5;3-9;5 سنة • تقييم القدرة على التعرف على القواعد [القوانين]، سمات التحديد والإدراك السريع.
مقياس اختبار الذكاء الأساسي (الطبعة الرابعة)	Weiss (1998)	• الأطفال واليافعين 8;7-18 سنة • توضيح مسائل تشخيصية متعددة

الأداة	المؤلفون	مجال الاستخدام
اختبار التركيز للصفوف الثالث والرابع	Nell, Bretz & Sniehotta (2004)	• أطفال الصف الثالث والرابع، نسخة معدلة • مجرى العمل و دقة العمل وسرعته كمحكات للتركيز في اختبار الشطب
اختبار d2، اختبار الانتباه والضغط (d2)	Birckenkamp (2002)	• الأطفال، اليافعين، الراشدين 9;0- 60 سنة • سرعة العمل، الدقة، نوع الخطأ وتوزعه كمحكات للتركيز والانتباه في اختبار الشطب

2.3 التشخيص القائم على التعديل

عدا عن التشخيص التوجيهي والتصنيفي تتم ملاحظة كيف يتصرف الطفل في تعامله مع الواجبات. وهذه المعلومات مهمة بشكل خاص كي يتم التمكن من اشتقاق أسس مناسبة للتحفيز.

ما المتوقع من الطفل مضطرب التعلم؟

ومن أجل ذلك يتم هنا إجراء تحليل وظيفي-استعرافي (Meichenbaum,1977). وهو يعطينا في تحليل للمطالب (قراءة نص لفهم المعنى، كتابة موضوع على سبيل المثال)، ما هي المطالب التي يطرحها واجب التعلم (غير المتمكن منها) على الطفل:

- ما هي شروط السلوك والشروط المضمونية (المهارات الأساسية، المعارف القبلية المنظمة هرمياً، الاستراتيجيات والمقاربات [الخطوات] اللازمة من أجل التنفيذ؟
- ما هي خطوات التنفيذ الفردية التي تنتمي لذلك (على سبيل المثال من فهم التعليمات عبر تنفيذ الواجب بشكل ملموس وانتهاء بمراجعة نتيجة التعلم والتجريد)؟

- ما هي الاستراتيجيات التي يحفزها تنفيذ السلوك الهدف (كتنشيط الخبرات السابقة، التخطيط المسبق لنشاط التعلم، مراقبة عملية التعلم، طرح الأسئلة على النفس حول المقاربة الخاصة، الدعم والحث من خلال المعلم)؟.

ويمكن أن يتم استخلاص بنية مطالب الواجب التعلمي هذا من خلال ثلاثة مقاربات:

- ملاحظة كيف يتعامل المتعلمون الجيدون والسيئون مع الواجب،
- من خلال معالجة ذاتية تفحصية [استبطانيه] للواجب التعلمي (ضمن شروط صعبة في مقتضى الحال)،
- من خلال نموذج وظيفي حول موضوع التعلم (النظريات الوصفية في القراءة (descriptive Learn Theories

لماذا يفشل الطلاب مضطربو التعلم

في هذا يتحدد "موقع" الطفل المضطرب فيما يتعلق بالواجب التعلمي. ما هي المرحلة التي يتحكم بها الطفل من سلوك الهدف؟ ما هي الأجزاء التي لا يمكن تطبيقها بضمانة كافية أو بمساعدة خاصة فقط.؟ ومن أجل الإجابة يتم استخدام الاختبارات الرسمية للمعرفة وعينات العمل وملاحظات السلوك، وتستخدم لدى الأطفال بدءاً منذ سن التاسعة المقابلات الاستعرافية العليا (أنظر الإطار) كما يتم تحليل أخطاء الطفل. وعند تحليل الأخطاء يمكن استخدام برامج الكمبيوتر أيضاً، والتي غالباً ما تقدم لنا تحليلات دقيقة (قارن Kullick & Sieger, 1990, Rotthaus,1990; Jaeger ,1990).

وحسب نموذج مكونات التعلم Learn Components Model (أنظر الفقرة 2.1) فإن توضيح المراحل التالية مفيد بشكل خاص للإجابة عن هذه الأسئلة:

(1) امتلاك الاستراتيجيات واستخدامها

كالمقاربة المنظمة [العمل المنتظم] وطرح الأسئلة على النفس وتفحص المقاربة الخاصة وتسجيل الملاحظات الذاتية...إلخ على سبيل المثال. ومن أجل استخلاص هذه يتم القيام بملاحظات السلوك في أثناء حل الاختبارات وإنجاز الواجبات المنزلية وعينة العمل على سبيل المثال (أنظر Lauth et al., 2004, P.463-465). كما يمكن للمقابلة الاستعرافية العليا مع التلميذ أن تكون على درجة كبيرة من الفائدة (قارن الإطار).

مقابلة استعرافية عليا مع التلاميذ meta cognitive Interview with schoolboys

يتم إعطاء التلميذ واجباً – الاختبار الفرعي لـCFT-20 على سبيل المثال– وفي ختام حله للواجب يتم إجراء مقابلة تستفسر عن كيفية تعامله مع الواجب. وهنا ينبغي توضيح كيف تصرف استعرافياً بالتفصيل في حل الواجب.

1- سؤال ابتدائي: ما رأيك بالواجب؟

- فهم الواجب (تحديد المشكلة)
- لو فكرت مرة أخرى كيف تصرفت: ماذا كانت الخطوة الأولى، بماذا بدأت؟
- هل سألت نفسك ما المسألة؟

2- الاستراتيجيات (التعرف عل القواعد)

- كيف استنتجت ما المسألة؟
- كيف تصرفت؟

3- الموارد (المواجهة: الثقة بالنفس والتحمل، الثقة، متعة التجريب، التعليمات الذاتية)

- هل تعرفت على الحل من النظرة الأولى؟
- ماذا فعلت عندما لم يخطر على بالك الحل مباشرة؟

- هل قلت لنفسك شيئاً؟ وهل أفادك ذلك؟
- ماذا تفعل لو أن واجباً لم ينجح كلية؟

4- استدعاء المعرفة (التعرف على التشابهات البنيوية)

- هل تعرف واجبات شبيهة؟
- أين يكمن التشابه؟
- هل ساعدك ذلك؟ هل ذكرك بشيء ما؟

5- مراقبة الاستراتيجيات (اتباع الملفات الاستعرافية العليا)

- هل لاحظت في واجب من الواجبات بأن شيئاً ما يسير بشكل خطأ؟
- ما الذي فعلته بناء على ذلك؟
- عندما تعاملت مع الواجب هل تفحصته (في البداية وفي المنتصف وفي النهاية)؟
- في كل الواجبات أو في أغلبها؟ في أي منها؟ ماذا كان السبب؟

6- تقييم الحل

- عندما وجدت الحل، ما الذي جعلك متأكداً بأنه كان الحل الصحيح؟
- ماذا تفضل: الواجبات السهلة أم الصعبة؟ ما الذي يعجبك في ذلك؟
- سؤال ختامي: لو أردت شرح الواجب لصديقك أو صديقتك بحيث لا يرتكب (ترتكب) أخطاء، فما الذي تقوله له (لها)؟.

(2) وجود كفاءات التنفيذ اللازمة

هل تتوفر الكفاءات الاستعرافية الأساسية (الذكاء، الذاكرة والتركيز)؟ أم يوجد هنا قصور مميز؟ ويتوفر قصور جدي عندما يظهر التلميذ في فحص اختباري سيكومتري (اختبارات ذكاء واختبارات وظائف نوعية Intelligence- and Specific Function-Tests) نتائج تقع بمقدار $1\frac{1}{2}$ انحراف معياري تحت إمكاناته السلوكية الأخرى (تباعد ضمن فردي أو داخلي Intra individual Discrepancy). إلا أنه ليس كل انحراف

معياري يكون بالفعل "سبباً" لاضطرابات التعلم المستخلصة قبلاً. لهذا على المشخص القيام بعمل البرهان الاحتمالي [دليل احتمالي plausibility evidence] والذي يتم وفقه إثبات أن التضرر الوظيفي المستنتج الآن (كالنقص في عمل الذاكرة على سبيل المثال) يرتبط بالفعل مع انخفاض الأداء في التعلم (كاضطراب الحساب على سبيل المثال).

(3) **توضيح كفاءة التنفيذ**

تقع الإجابة عن كيفية استخدام الطفل للمُتَعَلَّم [ما كان قد تعلمه]، أي كيف يستخدم القواعد الكتابية عند الكتابة أو كيف يستخدم الاستراتيجيات الملائمة عند الحساب مثلاً، ضمن مسألة كفاءاته التنفيذية. وهذه يمكننا تقييمها من خلال عينات السلوك (عينة الكتابة والقراءة والحساب على سبيل المثال). حيث يمكن تلقين الطفل نصاً إملائياً أو الطلب منه كتابة نص أو إجراء سلسلة من العمليات الحسابية أو عمل اختبار فرعي ملائم من الاختبارات المعيرة. ويمكن استنتاج الكيفية التي يعمل فيها الطفل من خلال ملاحظة السلوك والسبر المعرفي العالي.

(4) **توضيح حجم المعرفة**

بداية لابد من معرفة مستوى المعرفة الراهن للطفل (كمعرفته بالحساب والقراءة والكتابة ومعرفته بالحروف على سبيل المثال). ويتم اختبار هذا الأمر من خلال الاختبارات المدرسية المعيرة (أنظر جدول 1) ومن خلال عينة العمل. كما يمكن تقييم سعة معرفة الطفل من خلال نتائج الاختبارات (من خلال الاختبار الفرعي لويكسلر "المعرفة العامة" أو "ذخيرة الكلمات" أو من خلال الاختبار الفرعي "فهم اللغة" واختبار "الإلمام بالمواضيع" لاختبارات الأداء المدرسي العامة، أنظر الفقرة 3).

(5) **دافعية التعلم**

يجعل التطور المدرسي المحمل بأعباء الفشل المدرسي احتمال وجود دافعية منخفضة

لدى الأطفال مضطربي التعلم أمراً متوقعاً. ومن أجل التوضيح التشخيصي لهذا الأمر من المفيد بداية إجراء تحليل استقصائي للمشكلة يتم تقسيمه وفق المجالات التالية:

1- الاستعداد ومفهوم الذات:

- هل لديك مادة محببة (أو أكثر)؟
- ما الذي يعجبك فيها؟
- ما الذي تجيده بشكل جيد؟
- ما المواد التي لا تطيقها؟
- ما الذي لا يعجبك فيها؟

2- التعليمات الذاتية الوظيفية [الفاعلة] والمعطوبة [المختلة وظيفياً]:

- ما الذي يخطر على بالك عندما تعمل شيئاً، تعرف مسبقاً أنه سوف يسير على ما يرام؟
- ما الذي يخطر على بالك عندما تعمل شيئاً تعرف مسبقاً أنه لن يكون موفقاً؟

3- أسلوب العزو:

- ما هو برأيك سبب أنك لم "توفق" في امتحانك المدرسي؟
- كيف كنت "مُحَضِّراً"؟
- هل السبب يكمن في أنك شيئاً ما لم يكون مفهوماً لديك؟
- أم كانت الواجبات صعبة عليك؟

الجدول (4): أدوات فحص لتوضيح الظروف الدافعية- الانفعالية للتعلم

الأداة	المؤلف	مجال الاستخدام
استبيان تمثل الضغط ليانكه وإيردمان Janke & Erdmann معدل للأطفال واليافعين	Hapel, Petermann & Dickow (2001)	• الأطفال واليافعين 8-13 سنة • تسعة اختبارات فرعية تميز بين الاستعداد لتمثل الضغوط وفق استراتيجيات مخفضة واستراتيجيات رافعة للضغط فيما يتعلق بمواقف الضغط المدرسي والاجتماعي المتخيلة.
استبيان لقياس خبرة الضغط ومواجهته في سن الطفولة	Lohaus, Fleer, Freytag & Klein-Hessling (1996)	• الأطفال من الصف 3-6 • ثلاثة مقاييس رئيسية يقيس كل منها مقدار خبرة الضغط الراهنة ونوع وحجم استراتيجيات المواجهة المستخدمة ومقدار الأعراض النفسية للضغط الراهن.
استبيان قياس الخبرات الانفعالية والاجتماعية للمدرسة لأطفال التعليم الأساسي من الصف الثالث والرابع	Rauer & Schuck (2003)	• النصف الثاني من الصف الثالث والرابع في التعليم الأساسي والمراتب المطابقة في المدارس الخاصة [ذوي الاحتياجات الخاصة] • قياس الخبرات الانفعالية والاجتماعية المدرسية المهمة في المجال الأولي.
مقياس لقياس مفهوم الذات المدرسي	Schoene, Dickhaueser, Spinath & Stienmeier-Plaster (2002)	• تلاميذ من الصف الرابع وحتى العاشر • تقييم الدافعية للمدرسة وللتعلم على أساس مفهوم الكفاءة
اختبار تجنب الجهد	Roller & Bartram (1998)	• الأطفال واليافعين من سن 1- حتى 15 سنة • تحديد الاستعداد لبذل الجهد كواحد من الشروط الدافعية للتعلم المدرسي.

الأداة	المؤلف	مجال الاستخدام
قائمة عبارات حول مشاعر القيمة الذاتية للأطفال واليافعين	Schauder (1995)	• الأطفال واليافعين من 8؛0-11؛15سنة • تحديد نوع ومقدار مشاعر القيمة الذاتية بالارتباط مع المجالات المختلفة للحياة والسلوك
مقياس القلق للتلاميذ	Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer (1981)	• الأطفال واليافعين من 9-16/ 17 سنة • يقيس الخبرات المخيفة والمزعجة للتلاميذ
قائمة الاكتئاب للأطفال واليافعين	Stienmeier-Plaster, Schuermann & Duda (2000)	• الأطفال واليافعين من 8-16 سنة • قياس شدة الاضطراب الاكتئابي

4- التوقعات (من الموقف، من الكفاءة الذاتية، من العواقب قصيرة وبعيدة المدى):

- كيف هو إحساسك عندما يوزع المعلم نتائج الامتحان؟
- ماذا سيحصل لك، برأيك؟
- ماذا سيقول لك والداك أو يفعلانه لك، برأيك؟
- وزملائك في الصف؟

(6) توضيح ظروف السياق المهمة

تنبثق ظروف السياق المهمة بشكل خاص من سلوك المعلم في الدرس ومن الظروف الأسرية للمخارج. ويتم توضيح هذه الأمور من خلال الجلسات مع المعلم والزيارة الصفية ومن خلال الزيارة الأسرية في مقتضى الحال. واستكمالاً للتحليل السلوكي التوجيهي يتم توضيح الأسلوب التدريسي للمعلم والبيئة الصفية والعلاقة الشخصية للطفل المضطرب تعليمياً بشخص المعلم. ومن الأفضل لو قام المعالج في إطار الزيارة الصفية بعمل صورة عن الدرس وسياق التعليم من خلال الأسئلة التوجيهية التالية:

- كيف يقود المعلم الدرس (الإدارة الصفية Classroom Management)؟ كيف يتعامل مع الإزعاجات؟ هل توجد بيئة تعليمية مناسبة في الصف؟ كيف يتمكن المعلم من تحقيق الشروط لمجرى درس منتظم؟
- كيف سار الدرس؟ هل تم الالتزام بالأهداف التعليمية في بداية وحدة تدريسية ما وتوضيحها؟ هل يوجد في نهاية مرحلة تعلمية ما مرحلة تعميق [ترسيخ]؟
- كيف يتم فحص [تقويم] خطوات التعلم؟
- كيف يتم التدريس؟ ما هي الأشكال الدرسية الممارسة؟
- أين يجلس الطفل؟ هل يتم إشراكه بالدرس بشكل إيجابي؟ هل يتم إعطاءه إرشادات وواجبات خاصة، تحفز تعليمه؟
- ما هو تقدير المستوى العام للإنجاز للفصل المدرسي [الصف]؟

3- أمثلة حالات

الحالة الأولى:

كانت عبير البالغة من العمر الآن عشر سنوات قد رسبت في الصف الأول،: فقد كانت تتعلم بصعوبة وتتصرف بخوف. فأعادت السنة غير أن فجوات التعلم لديها في القراءة والكتابة الحساب مازالت مستمرة. وتأرجح سلوك تعلمها في الدرس بين متطرفين: فقد كانت مهتمة من ناحية بالمادة التعليمية، وتشارك بحماس وصبر؛ إلا أنها بالمقابل تحاول تجنب المطالب في المجالات التي هي ضعيفة الأداء فيها من خلال التجسيد ("أنا تعبانة، بطني يؤلمني") أو تحاول التحمل ولكن مع التعبير الانفعالي الشديد عن نفورها من التعلم بشكل استعراضي. وفي أواسط الصف الثالث كان أداؤها في القراءة والكتابة الحساب مطابقاً للمستوى المتوقع لوسط الصف الثاني. ومن المتوقع ألا تحقق الأهداف الصفية. وتريد المعلمة تقديم طلب لإلحاقها في مدرسة

خاصة [احتياجات خاصة]. وبدت أم عبير منهكة: فالقيام بالواجبات المنزلية يكون بمثابة "مأساة": وبيأس وسرعة انزلاقها بالبكاء عزت الأم اضطراب التعلم من خلال زخات متبادلة من الشتائم والتحفيز والاستسلام.

تعليق: اضطرابات التعلم لدى عبير محددة بوضوح: ضعف واضح في القراءة والكتابة والحساب وفي هذا السياق نمط من التفاعل الأسري المشحون بالتوتر. وهذه تشعل حلقة مفرغة بين نفسية واجتماعية وتربوية إلى درجة أصبح فيها التنبؤ المدرسي لهذه الفتاة الذكية والقابلة للتحفيز غير ملائم.

الحالة الثانية:

يبلغ مازن من العمر الآن 15 سنة. كان حتى الصف السادس في مدرسة للعلوم [Realschule: نوع من المدارس في ألمانيا]، وبسبب أداؤه غير الكافي انتقل للمدرسة العادية. وكان متوسط درجاته في الصف السابع أفضل بشكل واضح. غير انه في الصف الثامن تراجعت درجاته ثانية إلى درجة أنه أصبح إنهائه للمرحلة الدراسية معرضاً للخطر. وكان تقدير معلمه له أنه "واقع ضمن المتوسط الجيد على الأقل" هذا إذا لم يكن "ذكياً بشكل فوق المتوسط" حتى.

تعليق: تتنوع ظروف اضطرابات التعلم عند مازن: فهو يخفق في سلوك التعلم والعمل عشوائي وغير متنظم. وما لفت النظر بشكل خاص هو نقص استراتيجيات تنظيم التصرف وتوجيهه وضبطه والنقص الواضح في الدافعية للتعلم والاستعداد لبذل الجهد الهادف. وتتحكم في مجرى اليوم والأسبوع لمازن ميول واهتمامات خارج مدرسية تقتصر على التعلق بالتزحلق على اللوح الخشبي واستهلاك العروض الإليكترونية المسلية. وقد قوى محيطه الاجتماعي هذا الموقف. كما عانى إيقاع النوم واليقظة لديه من هذا الوضع.

الحالة الثالثة:

يلفت فراس البالغ من العمر الآن عشر سنوات النظر من خلال سلوكه المدرسي والاجتماعي الغني بالتناقضات. فهو يبدو من ناحية صبياً خوافاً: فهو سلبي في الدرس، وغير مهتم، وغير مركز وأحياناً كأنه غير موجود (المعلمة: شارد)، ويبدو قبل الدرس وفي أثناءه متوتراً، يظن أنه سيفشل، يتقدم ببطء شديد، ولا يتحدث إلا قليلاً – وإذا تحدث فيكون صوته خافتاً عندئذ، جمله مقتضبة، بسيطة، متتابعة وراء بعضها برتابة وغير كاملة على الأغلب، ولا يثابر على العمل وقليل الدافعية وغير دقيق وخطه سيء ويبدو شاحباً وغالباً ما يشكوا من الصداع.

ومن ناحية أخرى يفاجئ بإجابات "ذكية" ومعارف أوسع من مدى المواد، ومهاراته وقدراته اللفظية والحركية، وإتمامه الواجبات من دون أخطاء، والصدى الاجتماعي الإيجابي في العمل ضمن المجموعة الصفية ومتعة الحركة في الرياضة وموهبة التعلم فيها.

تعليق: اضطرابات التعلم لدى فراس هي اضطرابات انفعالية وترتبط ينقص في استراتيجيات المعرفة وفي الاستراتيجيات الاستعرافية العليا. وتحتل مركز الصدارة لديه مخاوف كابحة للتعلم على شكل تعابير لفظية سلبية وتوقعات في المواقف التي يفسرها على أنها ذات أهمية بالنسبة للتقييم بشكل خاص. وتلعب علاقة التلميذ المعلم السيئة من منظور خبرة الطفل دوراً كبيراً.

4- المضامين العلاجية

تركز التدخلات العلاجية على الاضطرابات التي يتم التعرف إليها عن طريق التشخيص (نقص العمليات الاستعرافية العليا، نقص مهارات التنفيذ، القصور المعرفي، المشكلات الدافعية، الظروف المحيطية المعطوبة [المختلة وظيفياً]). ويحتل القصور في مهارات التنفيذ وفي المعارف الأولوية في التدخلات، لأنها تابعة هرمياً – أي أنها تمثل

أساس الاضطرابات الموجودة في الأعلى هرمياً. إذا ترجع المراحل الاستراتيجية- الاستعرافية العليا والدافعية على سبيل المثال إلى مهارات التنفيذ المطابقة. لهذا لابد بداية من أخذ القصور الوظيفي بعين الاعتبار، كي لا تكون التدخلات "التي تستند على مرحلة أعلى مجرد "ضربة في الفراغ ".

وفي التدخل يغلب أن يتم استخدام الأساليب العلاجية السلوكية التالية بشكل أساسي (قارن Lauth et al., 2004):

1. التعزيز الإجرائي لتحفيز النشاطات الملائمة (التغذية الراجعة، التعزيز الاجتماعي، نظام النقاط، بناء التعزيز الذاتي)،
2. تقنيات التعلم وفق النموذج لتوصيل نشاطات التعلم الملائمة (من بينها الحوار التوجيهي heuristic Dialog، النمذجة الاستعرافية Cognitive Modelation، التدريب على التعليمات الذاتية)
3. التعبير الموجه عن الذات من أجل التمهيد لعمليات التعلم الاستعرافية العليا والإستراتيجية (كدفتر يوميات الاستعرافات العليا على سبيل المثال) لتحليل سلوك التعلم الخاص بالطفل.
4. الاستعدادات للتعلم مع الزملاء لتحليل تغيرات سلوك التعلم.
5. التصميمات النفسية التفاعلية للتمهيد للنشاطات المحفزة للتعلم (من بينها إعطاء المعارف، مناقشة أسلوب العمل، تحليل الأخطاء، بناء استراتيجيات تعلم)،
6. بناء سلاسل التمرن sequence training للتدريب على عمليات المعرفة أو التعلم وتعميقها (منها: أمثلة من المواد تعليمية، انتقاء الواجبات، التخطيط للنقل Transfer planning).

اختبارات:

1. Brickenkamp, R. (2002). Test d2 (Aufmerksamkeits-Belastungs-Test) (9. Auflage). Goettingen:Hogrefe.
2. Cattell, R.B., Weiss, R.H. & Osterland, J. (1997)CFT 1 (Grundintelligenztest Skala 1(5.Auflage). Goettingen: Hogrefe.
3. Fippinger, F. (1991). AST 3 (Allgemeiner Schulleistungstest fuer 3. Klassen) (2. Auflage).Weinheim: Beltz.
4. Fippinger, F. (1992). AST 4 (Allgemeiner Schulleistungstest fuer 4. Klassen) (3. Auflage). Weinheim: Beltz.
5. Grund, M., Haug, G. & Naumann, C. L. (2003). DRT 4 (Diagnostischer Rechtschreibtest fuer 4.Klassen) (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
6. Grund, M., Haug, G. & Naumann, C. L. (2003). DRT 5 (Diagnostischer Rechtschreibtest fuer 5.Klassen) (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
7. Hampel, P., Petermann, F. & Dickow, B. (2000).SVF-KJ (Stressverarbeitungsfragebogen vonJanke und Erdmann angepasst fuer Kinder undJugendliche). Goettingen: Hogrefe.
8. Kaufman, A. S. &Kaufman, N.L. (2003).K-ABC (Kaufman-Assessment Battery for Children, Deutsche Version) (6. Auflage). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
9. Krajewski, K., Ktispert, P., Schneider, W. & Vise,M. (2002). DEMAT1 + (Deutscher Mathematiktest fuer erste Klassen). Weinheim: Beltz.
10. Krajewski, K., Liehm, S. & Schneider, W. (2004).DEMAT 2 + (Deutscher Mathematiktest fuer zweite Klassen). Weinheim: Beltz.
11. Kubinger, K.D. & Wurst, E. (2001). AID 2(Adaptives Intelligenz Diagnostikum 2). Weinheim: Beltz.
12. Kuespert, P. & Schneider W. (1998). WLLP (Wurzburger Leise Leseprobe). Goettingen: Hogrefe.
13. Landeri, K., Wimmer, H. & Moser, E. (1997).SLRT (Salzburger Lese- und Rechtschreitest). Bern: Huber.
14. Lohaus, A., Fleer, B., Freytag, P. & Klein-Hefiling, J. (1996). SSK

(Fragebogen zur Erhebungvon Stresserleben und Stressbewaeltigung imKindesalter). Goettingen: Hogrefe.

15. Marx, H. (1998). KNUSPEL-L (Knuspels Leseaufgaben). Goettingen: Hogrefe.
16. May, P. (2002). H5P (Hamburger Schreibprobe 6.Auflage). Hamburg: Verlag fuerpaedagogische Medien.
17. Mueller, R. (2003). DRT 1 (DiagnostischerRechtschreibtest fuer 1. Klassen) (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
18. Mueller, R. (2003). DRT 2 (DiagnostischerRechtschreibtest fuer 2. Klassen) (4. Auflage)Weinheim: Beltz.
19. Mueller, R. (2003). DRT 3 (DiagnostischerRechtschreibtest fuer 3. Klassen) (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
20. Nell, V., Bretz, J. & Sniehotta, F. F. (2004). KT3-4R (Konzentrationstest fuer 3. und 4. Klassen, revidierte Fassung). Bern: Hans Huber.
21. Rauer, W. & Schuck, K.-D. (2003). FEESS 3-4(Fragebogen zur Erfassung emotionaler undsozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern 3. und 4. Klassen). Goettingen; Hogrefe.
22. Rieder, 0. (1991). AST 2 (Allgemeiner Schulleistungstest fuer 2. Klassen) (2. Auflage). Weinheim: Beltz.
23. Roick, T., Goelitz, E. & Hasselhorn, M. (2004).(DEMAT 3 + (Deutscher Mathematiktest fuerdritte Klassen). Weinheim: Beltz.
24. Rollett, B. & Bartram, M. (1998). AVT (Anstrengungsvermeidungstest) (3. Auflage). Goettingen: Hogrefe.
25. Schauder, T. (1996). ALS (Aussagen-Liste zumSelbstwertgefuehl fuer Kinder und Jugendliche (2.Auflage). Goettingen: Hogrefe.
26. Schoene, C., Dickhaeuser, 0., Spinath, B & Stiensmeier-Pelster, J. (2002). SESSKO (Skalenzur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts).Goettingen: Hogrefe.
27. Stiensmeier-Pelster, J., Schuermann, M. & Duda,K. (2000). DIKJ (Depressionsinventar fuer Kinder und Jugendliche) (2. Auflage). Goettingen: Hogrefe.

28. Stock, C., Marx, P. & Schneider, W. (2003). BAKO 1-4 (Basiskompetenzen fuer Lese-Rechtschreibleistungen). Weinheim: Beltz.

29. Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U.(Hrsg.). (2000). HAWIK-III (Hamburg-WechslerTntelligenztest fuer Kinder III). Bern: Huber.

30. von Aster, M. (2001). ZAREKI (Testverfahrenzur Dyskalkulie). Bern: Huber.

31. Weiss, R.H. (1998). CFT 20 (Grundintelligenztest Skala 2) (4. Auflage). Goettingen: Hogrefe.

32. Wieczerkowski, W, Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W (1981). AFS (Angstfragebogen fuerSchueller) (6. Auflage). Goettingen: Hogrefe.

35- اضطرابات الانتباه وفرط النشاط لدى الأطفال والراشدين(1)

أوته شتريل وبيتر شلوتكه وأولريكه لاينز
Ute Strehl, Peter F. Schlottke & Ulrike Leins

1- الوصف والمنشأ
2- الجائحة
3- التشخيص التصنيفي
3.1 الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10
3.2 التشخيص التفريقي والاختلاطية
3.3 نقد
4- التشخيص القائم على التعديل
5- الأدوات التشخيصية للأطفال واليافعين
5.1 أدوات للتقييم الذاتي وتقييم الآخر
5.2 ملاحظة السلوك
5.3 الأدوات السيكومترية
5.4 أدوات عصبية بيولوجية
6- أدوات تشخيصية للراشدين
6.1 أدوات للتقييم الذاتي وتقييم الآخر
6.2 ملاحظة السلوك
6.3 الأدوات السيكومترية
6.4 أدوات عصبية بيولوجية
7- أمثلة حالات

(1) مدعوم من خلال برنامج AKF للكلية الطبية لجامعة توبنغن ومؤسسة كريستوف دورنير لعلم النفس الإكلينيكي Christof Dornier Stiftung. ونشكر سونيا كالر Sonia Kaller للدعم الكبير في إنجاز المخطوط.

1- الوصف والمنشأ

تعد كل من حكاية "فليب المتململ وهانس ينظر في الهواء"[1] من الحكايات التي تمثل الصورة المرضية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. كما يمكن اعتبار حكاية "بيتر الأشعث" التي تم استبعادها من غرف الأطفال في الربع الأخير من القرن العشرين لاعتبارها ممثلة للتربية السوداء، على أنها كتاب حالة، تم نشرها قبل قرون عديدة من طبيب العصبية هاينرش هوفمان. ففي حين أن "فيليب المتململ" يمثل السلوك مفرط النشاط، فإن "هانس ينظر في الهواء" يمثل أعراض عدم الانتباه. وستعرض الفقرة (3) وصفاً تفصيلياً لصورة الاضطراب.

وهناك عدد كبير من النماذج النشوئية التي تحدد الأسباب الممكنة لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD). وجزء لا يستهان به من التباين من الممكن تفسيره على

---

(1) The Story of the Fidgety Philip: الشخصية الرئيسية في حكاية فيليب المتململ من كتاب الأطفال لمؤلفه هاينرش هوفمان في عام 1845. وهي حكاية ولد لا يجلس هادئًا على العشاء ويرمي الطعام على الأرض وغير ذلك مما يؤدي إلى الاستياء الكبير لوالديه. و حكاية جوني (أو هانس) The Story of Johnny Head-in-Air وهي حكاية ولد يسير وهو رافع رأسه للأعلى ناظراً للسماء، وفي أحد الأيام ذهب للنهر يحمل كتابه بيده واستمر في السير دون أن ينتبه للأسفل، وكاد يغرق لو لم ينقذه رجلان شاهداه. حكاية بيتر الأشعث حكاية ولد لم يقص أظافره وشعره طوال سنة كامنة

أساس الاستعداد الوراثي. فدراسات التوائم والأسر تشير إلى أن اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وراثي في جزء كبير منه (Biederman, et al., 1992; Gilger, Pennington & Defries,1992). وحسب باركلي (Barkley,1998a) فإن وراثية اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) تقع عند قيمة 0.80 على الأقل. وهنا من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن الاضطراب لا يورث وإنما ما يورث هو الاستعداد الوراثي لتشكل الاضطراب وأن الظهور يرتبط بعوامل أخرى وبشكل خاص استجابات المحيط وتمثله لدى الطفل. ويصف النموذج البيولوجي السلوكي للاوث وشلوتكه (Lauth & Schlottke,2002) بالتفصيل كيف تتكامل المخاطر العصبية البيولوجية والظروف الخارجية غير الملائمة في ظهور واستمرارية الاضطراب.

وفي الوقت الراهن يتركز اهتمام البحث النشوئي على البحث عن المعلمات البيولوجية العصبية. وعلى الرغم من النتائج غير الموحدة للدراسات التصويرية فإن المؤكد هو تأذي دوائر التوصيل القشرية وما دون القشرية وأعطاب [الاختلال الوظيفي] منظومات النقل المولدة للدوبامين والنورادرينالين والأدرينالين (Newcorn, Himelstein, Schultz & Halperin, 2000). ويفترض أن هذه الشذوذات العصبية البيولوجية هي المسؤولة عن القصور في مجال الوظائف التنفيذية [الإجرائية Executive Functions) وضبط الذات والتعلم، التي تقود في النهاية إلى الأعراض المميزة لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية (ADHD).

2- الجائحة

تتراوح البيانات حول الانتشار بين 5٪ و18٪. ولا يرجع هذا إلى العينات المختلفة والتنوع في المناطق الجغرافية والبلدان فحسب وإنما إلى الاختلاف في الإجراءات التشخيصية وإلى أن الفرضيات النظرية والدلائل الإمبيريقية للاضطراب مازالت نفسها خاضعة للنقاش (Faraone, Biedermanm, Feighner & Monuteaux, 2000).

وعلى الرغم من أنه قد تم نشر أولى الدراسات في سبعينيات القرن العشرين، والتي تشير إلى استمرار اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) في سن الرشد (Borland & Heckman,1976; Feldman, Denhoff & Denhoff, 1979; Menkes, Rowe & Menkes, 1967)، فإنه قد افترض حتى نهاية تسعينيات القرن العشرين أن الاضطراب "يتراجع" حتى نهاية المراهقة على أقصى تقدير. وبعد سنوات قليلة فقط اقتبس شيفر (Schaffer,1994) زميلاً له، عد اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) من أكثر الاضطرابات التي يشخصها بنفسه في عيادته. وما (زالت) هناك ندرة في الدراسات المتعلقة بالانتشار؛ فالبيانات تمتد بين 4.4٪ (Kessler et al., 2006) مروراً بـ 8٪ (Schaffer,1994) وصولاً إلى 50٪ على الأقل (Murhpy & Gordon,1988) أو حتى 66٪ (Wender, Wolf & Wasserstein,2001).

وقد قاد التزايد الشديد لتشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) في السنوات الأخيرة والمترافق مع التزايد الدال exponential لوصف المنشطات، صحيفة الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال Newsletter of American Academy of Pediatrics في خريف 2003 إلى السؤال الجدلي فيما إذا كان الأمر يتعلق بجائحة أم حقيقة أم خيال fiction أم شيء ما بين هذه. ويستنتج مثيرو هذا النقاش الخلافي أنه لابد – وبغض النظر عن الحاجة للتوضيح المؤسس إمبيريقياً لصدق الاضطراب نفسه- في أي طرح للتشخيص أن يتم الأخذ بعين الاعتبار نقاط القوة والضعف ومدى الأدوات المستخدمة. لهذا سيكون هدف هذا الفصل شحذ حساسية القارئ للمشكلات المرتبطة بتشخيص اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD).

3- التشخيص التصنيفي

3.1 الدي.أس.أم. DSM-IV-TR

تم تحديد محكات تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) في

الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 (اضطراب فرط الحركة Hyperkinetic Disorder) على حد سواء. وفي حين حدد الدي.أس.أم. DSM-IV-TR الأشكال الفرعية التالية:

- اضطراب قصور الانتباه-/ فرط النشاط (نمط خليط)،
- اضطراب قصور الانتباه-/ فرط النشاط مع سيطرة عدم الانتباه
- اضطراب قصور الانتباه-/ فرط النشاط مع سيطرة فرط النشاط-الاندفاعية

يتطلب تشخيص "اضطراب فرط النشاط" حسب الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 في كل حالة أعراض عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية على حد سواء. وتستند الأشكال الفرعية هنا إلى تشخيص اضطراب فرط الحركة Hyperkinetic Disorder

- من دون اضطراب السلوك الاجتماعي: اضطراب حركة وانتباه بسيط (F90.0) أو
- مع اضطراب في السلوك الاجتماعي: اضطراب حركة للسلوك الاجتماعية (F90.1)

بالإضافة إلى ذلك تحدد كلتا المنظومتين فئة إضافية "اضطراب غير محدد بدقة" (F90.9) في حال كانت الأعراض ملحوظة ولكنها لا تحقق العدد المحدد من المحكات (DSM-IV-TR) أو لا يمكن التقرير فيما إذا كان اضطراب فرط الحركة للسلوك الاجتماعي موجود بالإضافة إلى اضطراب الحركة والانتباه البسيط (ICD-10). ويأخذ الدي.أس.أم. DSM-IV-TR من خلال تشخيص "اضطراب الانتباه / -فرط النشاط الخفيف إلى حد ما [اللين]"بعين الاعتبار إمكانية أن يظهر الشبان والراشدون بعض الأعراض إلا أنهم لم يعودوا يحققوا بقية المحكات.

وفيما يلي سنعتمد أكثر على الدي.أس.أم. DSM-IV-TR ذلك أن المحكات متساوية إلى مدى بعيد ولا تختلف كذلك المشكلات الأساسية والنوعية للوصول للتشخيص. ويكمن فرق مهم في عدد المحكات اللازمة لطرح التشخيص. ففي حين أن الدي.أس.أم. DSM-IV-TR يحدد ستة محكات من أصل تسعة للنمط الخليط فإن الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يطلب لتشخيص اضطراب الحركة وعدم الانتباه ثلاثة

من أصل خمسة محكات لفرط النشاط ومحك واحد من أصل أربعة للاندفاعية. ويعرض جدول (1) الأعراض وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والأعراض المطابقة وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10. وللمقارنة التفصيلية لكلتا المنظومتين نحيل القارئ إلى شلوتكه ولاوث (1996).

جدول (1): وصف الأعراض وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10

الأعراض	الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
عدم الانتباه الدي.أس.أم. DSM-IV-TR: على الأقل ستة أعراض الآي.سي.دي. العاشر ICD-10: على الأقل ثلاثة أعراض	• لا ينتبه في الغالب للتفاصيل أو يرتكب أخطاء سطحية في الواجبات المدرسية أو العمل أو النشاطات. • غالباً ما لديه صعوبات في الاحتفاظ بانتباهه لفترة طويلة في الواجبات أو اللعب. • يبدو أنه لا يصغي في الغالب ولا يتبع تعليمات الآخرين بشكل كامل في الغالب ولا يستطيع أن ينهي واجباته المدرسية أو الأعمال أو الواجبات الأخرى في العمل حتى النهاية (ليس بسبب سلوك معارضة أو بسبب صعوبات في الفهم). • غالباً ما يعاني من صعوبات في تنظيم الواجبات والنشاطات.	• إنهم غالباً غير مركزين على التفاصيل أو يرتكبون أخطاء سطحية في الواجبات المدرسية والأعمال والنشاطات الأخرى. • غالباً ما لا يكونوا قادرين على الاستمرار بالانتباه في الواجبات واللعب. • غالباً ما يبدو أنهم لا يصغون إلى ما يقال لهم. • غالباً ما لايستطيعون اتباع التعليمات أو لا يستطيعون إنهاء واجباتهم المدرسية ومهامهم وواجباتهم في العمل (ليس بسبب سلوك معارض أو أنهم لا يستطيعوا فهم التعليمات) • غالباً ما يكونوا متضررين في تنظيم واجباتهم ونشاطاتهم.

الأعراض	الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
	• غالباً ما يتجنب، لديه نفور من أو لا ينشغل غالباً إلا رغماً عنه بمهام تتطلب جهود ذهنية تستمر لفترة طويلة (كالتعاون في الدرس أو في الواجبات). • غالباً ما يضيع أشياء، لازمة لواجباته أو نشاطاته (كألعابه، ودفاتره، أقلامه، كتبه أو أدواته) • يسهل صرف انتباهه بسهولة من خلال منبهات خارجية. • غالباً ما ينسى في النشاطات اليومية.	• يتجنبون الأعمال غير المرغوبة، كالواجبات المنزلية التي تتطلب القدرة الذهنية على التحمل. • غالباً ما يفقدون أشياء، لازمة لواجباتهم أو نشاطاتهم ، كأدوات الدراسة، والأقلام، والألعاب والأدوات. • غالباً ما يتم صرف انتباههم من المثيرات الخارجية. • غالباً ما ينسون الأمور اليومية.
فرط النشاط (في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10: نشاط زائد) الدي.أس.أم. DSM-IV-TR: على الأقل ستة أعراض من فرط النشاط والاندفاعية	• غالباً يتململون [يحركون] بأيديهم وأقدامهم أو ينزلقون من المقعد • يقفون في الصف أو في المواقف الأخرى، التي يتوقع منهم أن يظلوا جالسين بشكل متكرر. • يهيم في الغالب [يتحرك هنا وهناك] أو يتسلق بشكل متطرف في المواقف غير الملائمة لهذا (لدى الشبان واليافعين يمكن لهذا أن يقتصر على الشعور بعدم الاستقرار) • غالباً ما لديه صعوبات في اللعب بهدوء أو الانشغال في نشاطات	• غالباً ما يتململون [يحركون]بأيديهم وأقدامهم أو يتململون في المقعد • يتركون مقعدهم في الفصل [الصف] أو في مواقف أخرى التي يتوقع منهم أن يظلوا جالسين. • يهيمون في الغالب [يتحركون هنا وهناك] أو يتسلقون بشكل متطرف في المواقف غير الملائمة لهذا (من الممكن أن يشبه هذا لدى الشبان واليافعين الشعور بعدم الاستقرار)

الأعراض	الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	الآي.سي.دي. العاشر ICD-10
الآي.سي.دي. العاشر ICD-10: على الأقل ثلاثة من الأعراض من زيادة النشاط	وقت الفراغ بهدوء. • غالباً ما يكون "شغالاً" أو يتصرف مراراً وكأنه (كأنها) "مدفوع (مدفوعة). • يتكلم كثيراً بشكل مفرط.	• لعبهم صاخب من دون ضرورة أو لديهم صعوبات في الاهتمام بنشاطات وقت الفراغ بهدوء. • يظهرون نمطاً مستمراً من النشاطات الحركية المتطرفة، لا يمكن التأثير بشكل ضابط عليها من خلال المحيط الاجتماعي أو التعليمات.
الاندفاعية الآي.سي.دي. العاشر ICD-10: أحد الأعراض على الأقل	• ينطق الإجابات قبل أن يتم طرح السؤال للنهاية. • لا يستطيع الانتظار إلا بصعوبة إلى أن يأتي دوره. • يقاطع أو يزعج الآخرين (يدخل مقتحماً في حوار أو لعب الآخرين على سبيل المثال)	• ينطقون الإجابات قبل أن يتم طرح السؤال للنهاية. • غالباً ما لا يستطيعون الانتظار إلى أن يأتي دورهم أو لا ينتظرون إلى أن يأتي دورهم في اللعب أو في المواقف الجماعية. • يقاطعون أو يزعجون الآخرين (يدخلون مقتحمين في حوار أو لعب الآخرين على سبيل المثال) • يتكلمون في الغالب بشكل متطرف من دون الاستجابة بشكل مناسب على التقييدات الاجتماعية.

وتتألف المحكات بتفصيل من مجموعة من الأعراض السلوكية،

1- المستمرة منذ ستة أشهر

2- لا تتناسب مع مقدار المستوى النمائي للطفل،

3- ظهرت قبل سن السابعة (DSM-IV-TR) أو سن السادسة (ICD-10) ،

4- تقود إلى تضرر في مجالين على الأقل من مجالات الحياة،

5- تقود إلى تضرر إكلينيكي مهم.

وفي حين أن ما يسمى بأعراض عدم الانتباه متطابقة في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10، يوجد اختلاف فيما يتعلق بفرط النشاط والاندفاعية. فالآي.سي.دي. العاشر ICD-10 يذكر قائمة من خمسة أعراض لفرط النشاط وقائمة من أربعة أعراض للاندفاعية. فالعرض "يتحدث بكثير من الإفراط" ينتمي في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR إلى أعراض فرط النشاط/ الاندفاعية، في حين أنه ينتمي في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 إلى الاندفاعية.

وبما أنه في التشخيص وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تظهر أعراض في كل واحدة من المجموعات الثلاثة، فلا يحصل الطفل ذو الشذوذات الأقل في واحدة من المجالات الثلاثة حتى مع الاستيفاء الكافي للمحكات في المجالات الأخرى وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 على تشخيص "اضطراب فرط الحركة". إلا أنه قد يحصل في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR على تشخيص "اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD مع وجود غلبة لفرط النشاط/ الاندفاعية" أو تشخيص "اضطراب قصور الانتباه/ فرط النشاط مع وجود غلبة لعدم الانتباه" وفي مقارنة لنشاط التخطيط الدماغي للأطفال بفرط الحركة مع مجموعة من الأطفال بفرط الحركة "شبه الإكلينيكية [مادون الإكلينيكية]، الذين تم لديهم تحديد وجود ستة أعراض على الأقل من عدم الانتباه وعرضان في الأقصى من فرط النشاط ولا يوجد لديهم اندفاعية، استطاع كلارك ومجموعته (Clarke et al. 2003) أن يبرهن لدى المجموعة الثانية وجود أعطاب

وظيفية [خلل وظيفي] مركزية عصبية نوعية. ومن هنا فهم يؤيدون في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 عمل تقسيم تفريقي لاضطراب فرط الحركة.

3.2 التشخيص التفريقي والاختلاطية

من الناحية التشخيصية التفريقية لابد من توضيح فيما إذا كان بالإمكان تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطرابات نفسية أخرى أو إمكان اعتبارها استجابة للضغوطات النفسية الاجتماعية. وحسب زاس وآخرين (Sass, et al,. 1999) فإنه ينبغي أن ينظر للأعراض على أنها تصرفات متناسبة مع العمر عندما لا تكون هناك تضررات إكلينيكية دالة. إذ يمكن أن يعزى عدم الانتباه لمحيط فقير بالمثيرات أو يمكن أن يظهر كذلك في سلوك المعارضة والعناد أو في اضطراب القلق أو في اضطراب وجداني. ويمكن للسلوك المضاد للمجتمع أن يتجلى في الاندفاعية، ويمكن لعدم الانتباه وفرط النشاط معاً أن يكونا ناجمان عن تناول الأدوية والعقاقير، أو عن اضطراب نمائي عميق الأثر. وفي الوقت نفسه لابد من الانتباه إلى أن نصف الأطفال تقريباً باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) لديهم في الوقت نفسه اضطراب سلوك عناد معارض أو اضطراب في السلوك الاجتماعي (Sass et al., 2003).

3.3 نقد

يطرح الدي.أس.أم. DSM-IV-TR أساس العملية التشخيصية. فهو يصف القصور الأساسي [لب القصور] في السلوك ويحدد بشكل فئوي [تصنيف فئوي] الحدود بين السلوك السوي والمرضي. إلا أن هذا التعريف يطرح مجموعة من الصعوبات. فهو ينطلق من التوزيع المنفصل للاضطراب ولا يعمل أي حساب لاستمرارية السلوك من السوي إلى المرضي. وفي الوقت نفسه يطلب الدي.أس.أم. DSM-IV-TR عند تقييم فيما إذا كان الاضطراب موجوداً أم لا إجراء تقسيم بُعدي Dimensional إذا كان لا بد من تقدير فيما إذا كان السلوك أكثر "تكراراً" أو أكثر

"غلبة" مما هو الأمر في عينة سوية غير محددة بدقة[1]. كما أن المحكات لا تسمح بأخذ ديناميكية الاضطراب يعين الاعتبار. وكما سنظهر لاحقاً فإن المرء يفترض في الوقت الراهن أن الأعراض تتغير في مجرى النمو (Barkely, 2003). واستخدام المحكات نفسها لدى الأطفال الناشئين [اليافعين] youth Childs قد يقود إلى التشخيص الإيجابي الخطأ[2] ولدى اليافعين والراشدين إلى تشخيصات سلبية خطأ[3]. وأخيراً لابد من السؤال فيما إذا كانت المحكات نفسها تأخذ بعين الاعتبار الفروق في سلوك الجنسين بالنسبة للمرضى الذكور والإناث. فعينات التوثيق [الصدق] تتألف في أغلبها من الصبيان بحيث أنه من الصعب الحكم على فيما إذا كان التمثيل المنخفض للبنات يرجع إلى انتشار الاضطراب بالفعل أم أنه يعزى للمحكات التشخيصية (Barkley, 2003).

وحسب الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 فإن التصنيف نفسه ينطبق على الراشدين والأطفال. إلا أن التصنيف لدى الراشدين يطرح مشكلات أخرى أبعد من المشكلات المذكورة حتى الآن. فمن جهة فإنه يتم الحصول على البيانات بصورة استرجاعية، ومن ناحية أخرى فإن التمييز لدى الراشدين بين اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وبين الاضطرابات الارتكاسية والمختلطة أو كلها معاً أصعب مما هو الأمر عند الأطفال. فقد يكون الراشد معرضاً لأحداث ضاغطة أكبر، قادت لديه لأعراض استجابية. وبما أنه من حيث المبدأ من الممكن أن تظهر في سن الرشد أمراض نفسية وجسدية أكثر فإن التشخيص التفريقي أكثر تكلفة وفي النهاية ليس من السهولة بمكان توفير مقيمين خارجيين حياديين.

وقد قام باحثون مختلفون بنقاش السؤال إلى أي مدى يفترض أن تطبق محكات

---

(1) غموض في تحديد ما هي العينة السوية بالأصل

(2) الشخص ليس لديه المرض إلا أنه يظهر الأعراضfalse positive diagnosis

(3) المريض لديه المرض إلا أنه لا يمكن برهان الأعراض false negative Diagnosis

الدي.أس.أم. DSM-IV-TR على الراشدين والأطفال بالمقدار نفسه. وعليه يفترض مورفي وباركلي (Murphy & Barkley,1005) بأن نقطة القطع Cut-Off-Point تنخفض في مجرى الحياة. ففي حين أنه تكفي في السن الواقعة بين 30–40 سنة أربعة محكات سلوكية لعدم الانتباه (مقابل ستة لدى الأطفال واليافعين) لطرح تشخيص دقيق بمستوى ثقة confidence level مقداره 93٪، نحتاج لدى الأشخاص فوق سن الخمسين إلى ثلاثة محكات فقط. وبالنسبة لتشخيص فرط النشاط/ الاندفاعية لابد من توفر خمسة محكات بالنسبة للعمر الواقع بين 17–29 سنة. وتتراجع أعراض فرط النشاط، لتحتل أعراض عدم الانتباه مركز الصدارة[1] (Biederman, Mick & Faraone,2000; Murphy & Gordon, 1998). ومن هنا فقد أمكن في كثير من الحالات تشخيص المرضى على أنهم "متحسنون جزئياً" (قارن الفقرة 3). وحسب جونسون وكونرز (Johnson & Conners,2002) فإن المظاهر الكمية ليست هي وحدها التي تتغير فحسب، وإنما تتجلى الأعراض من الناحية النوعية بطريقة أخرى. وقد قاد هذا إلى المطالبة بإعادة النظر بالمحكات السلوكية للراشدين. ومن ثم فلا بد من أخذ الأعراض في منظومات التشخيص بشكل صريح بعين الاعتبار من نحو التأجيل أو سوء إدارة الوقت أو المشكلات الناتجة كفقدان العمل والمشكلات الزوجية المتطرفة ونقص الأمانة في المسائل المادية وقطع الدراسة. ويتضمن الجدول (2) أمثلة عن الصياغة المتلائمة مع سن الرشد للأعراض. وتنطبق الاعتراضات نفسها الموضحة في نقد محكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR (قارن الفقرة 3.3) هنا أيضاً. بالإضافة إلى أنه من الملفت للنظر أن محكات الراشدين تتضمن هنا أسباباً إضافية للسلوك الملفت للنظر والحالات الانفعالية المرافقة.

---

(1) هذه النتائج لا تتطابق مع الملاحظات الإكلينيكية بالمطلق. فهنا غالباً ما يستنتج وجود تراجع في فرط النشاط ولكن ليس في الاندفاعية. وغالباً ما يتجلى نقص التحكم بالدافع في المشكلات الزوجية بشكل خاص، والتبديل المتكرر للتوجه المهني والقرارات العفوية، مع العلم أنه لا يمكن توقع العواقب أو يمكن توقعها بشكل طفيف.

جدول (2): تبدل الأعراض في سنت الرشد

(نسخة معدلة بشكل طفيف وفق (Krause & Krause,2003

أعراض عدم الانتباه وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	أمثلة للأعراض في سن الرشد
غالباً ما لا ينتبه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء سطحية في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى.	نقص في التركيز عند القراءة للواجبات والتعليمات المكتوبة. غير قادر على استيعاب التعليمات الأدائية [السلوكية] في الواجبات التي يتم إعطائها له شفهياً.
غالباً ما يعاني من صعوبات في الحفاظ على تركيز طويل في الواجبات أو اللعب.	قابلية مرتفعة لصرف الانتباه في الأعمال الروتينية، وتبديل الأنشطة، الأمور المهمة وغير المهمة على نفس الدرجة من الأهمية.
غالباً ما يبدو أنه لا يصغي عندما يتحدث معه/ معها الآخرون.	غالباً ما يكون مشغولاً بأفكاره الخاصة، لا يلقي بالاً للمحيط.
غالباً ما لا يتبع تعليمات الآخرين بشكل كامل ولا يستطيع إنهاء الواجبات المدرسية أو الأعمال والواجبات الأخرى في العمل حتى النهاية.	لا يقوم بأعماله كاملة، يشعر بأن العمل الذي عليه إنجازه فوق طاقته، لا يوجد تنظيم للعمل، يميل لنشاطات تبدو أكثر أهمية.
غالباً ما يعاني من صعوبات في تنظيم المهام والأنشطة.	نقص في الإحاطة [الاستبصار] في تنظيم الأعمال، لا يتم أخذ المهم وغير المهم في التخطيط بعين الاعتبار.
غالباً ما يتجنب أو لديه ميل ضد، أو لاينشغل إلا بعناد مع مهام تتطلب جهداً عقلياً يستمر طويلاً.	يقود النقص في القدرة على ترتيب مجريات العمل إلى مشاعر العبء الثقيل، يعيق التأرجح المتكرر في المزاج الأداء المستقر، وغالباً ما يقود هذا إلى التقليل الملحوظ في القيمة الذاتية.

أعراض عدم الانتباه وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	أمثلة للأعراض في سن الرشد
غالباً ما يضيع الأشياء التي يحتاجها للواجبات أو النشاطات	عدم القدرة على تذكر الأفعال ("أين المفتاح؟"). وعند وجود فيض في الإثارة يفقد القدرة على العمل المنهجي، لا يوجد تذكر لوضع الانطلاق [للموقف المنطلق].
غالباً ما تصرف انتباهه المثيرات الخارجية	قابلية عالية لصرف الانتباه عند وجود فيض في الإثارة من خلال التركيز والانتباه اللذان يصعب توجيههما على الموقف.
غالباً ما ينسى في فعاليات الحياة اليومية.	غالباً ما يكون الشعور موجوداً، بالمعاناة من "الزهايمر" لأنه يتم إدراك مجرى اليوم وكأنه تعاقب لأحداث غير قابلة للتنبؤ ولأن النسيان يطوي المقاصد المخطط لها في الواقع.
أعراض فرط النشاط ز الاندفاعية في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	أمثلة للأعراض في سن الرشد
غالباً ما يتململ بيديه ورجليه أو ينزلق عن الكرسي.	هز القدمين، ارتجاف الرجلين، تدوير بالأصابع، أحياناً لف الرجلين أو لفهما على أرجل الكرسي، للتحكم بعدم الهدوء الحركي، وغالباً قضم الأظافر.
غالباً ما يقف في الصف أو في المواقف الأخرى التي يتوقع منه فيها البقاء جالساً.	تجنب الطيران طويل المدى لأنه لا يستطيع تحميل الهدوء الجسدي الإجباري؛ يقود الذهاب للمطاعم أو المسارح أو السينما إلى توتر داخلي، لأنه لا توجد الكثير من فرص الحركة.

أعراض عدم الانتباه وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR	أمثلة للأعراض في سن الرشد
غالباً ما يهيم [يتحرك هنا وهناك] أو يتسلق بشكل متطرف في المواقف غير الملائمة لذلك (يمكن أن يقتصر ذلك لدى اليافعين أو الراشدين على مشاعر عدم الهدوء الذاتي)	يحبون المهن التي تتيح لهم الحركة، غالباً ما يعملون في أماكن خارجية[1]، لا يتنازلون بسهولة عن هاتفهم النقال، يحتاجون الكثير من مصادر الإثارة.
غاباً ما يعاني من صعوبات في اللعب بهدوء أو الاهتمام الانشغال بهدوء بأنشطة وقت الفراغ.	يحبون ممارسة الأنواع الخطيرة من الرياضة؛ تقود مواقف الإثارة المتطرفة إلى تركيز مكثف، الأمر الذي يتم الإحساس به على أنه مريح.
غالباً ما يكون "شغالاً" أو يتصرف مراراً وكأنه "مدفوعاً".	الجري [السعي] المحموم يمنح الشعور بالحيوية، يخفف الإسراع [اللهوجة] من عمل لآخر من عدم الهدوء الداخلي القوي.
غالباً ما يتحدث كثيراً.	في الغالب طريقة كلام سريعة وغير واضحة، قلما يستطيع شريك الحوار الكلام[2]، فرط تبوئر [تركيز] Hyper focusing
غالباً ما ينفجر بإجابات قبل أن يتم طرح السؤال للنهاية.	لابد من صياغة الأفكار المنبثقة بسرعة قبل أن يتم نسيانها.
لا يستطيع الانتظار إلا بصعوبة إلى أن يأتي دوره.	عدم تحمل بطء الآخرين، يقود الوقوف في الدور أو في زحمة الطريق لتصرفات عدوانية.
غالباً يقاطع أو يزعج الآخرين (يقحم نفسه في أحاديث الآخرين أو ألعابهم على سبيل المثال).	يتدخل في الحوارات من دون طلب: إذا لم يستطع التصرف بنفسه سرعان ما ينزلق بتوتر، يقوده إلى تولي العمل بنفسه.

(1) لا تتطلب منهم الجلوس في المكتب أو المؤسسة على سبيل المثال.

(2) لا يترك الآخر يتكلم أو لا يتيح له مجال للحديث.

كما أنه تتم مناقشة السؤال فيما إذا كان محك الظهور الأول (قبل سن السابعة من العمر) لابد من حيث المبدأ وأن يكون منطبقاً هنا. إذ قد تمنع الظروف البيئية الملائمة في البيت والمدرسة ظهور الأعراض، بحيث أنه يفترض أن يمتد مبدأ الظهور المتأخر بالنسبة للظهور الأول ليصل إلى وقت المراهقة.

4- التشخيص القائم على التعديل

يسترشد التشخيص القائم على التعديل بالمجالات النشوئية التي إما أن يظهر أثرها بشكل مستقل أو بالتفاعل مع الاستعدادات الوراثية. وطبقاً لذلك فإن تشخيص التدخل المصمم بشكل هرمي يتطلب بداية اتخاذ القرار بالنسبة لمفهوم المنشأ اللازم للتدخل يأخذ بعين الاعتبار الآليات البيولوجية السلوكية والاجتماعية النفسية بعين الاعتبار على حد سواء.

ومن أجل التوضيح اخترنا من أجل ذلك النموذج التكاملي للاوث وشلوتكه (Lauth & Schlottke, 2002). وهو يراعي إلى جانب المخاطر البيوعصبية الظروف الخارجية غير الملائمة والاستجابات الثانوية للطفل. وهي تتفاعل مع بعضها في ظهور اضطرابات الانتباه واستمرايتها (قارن حول هذا بشكل خاص لاوث وشلوتكه، 2002، ص 60 وما بعد).

ويوضح التشخيص القائم على التعديل كيف يتعلق القصور المموضع[1] بالموقف والمطالب والمعززات، وكيف تؤثر هذه بدورها على كفاءات ضبط الذات عند الطفل. وتظهر تجليات مثل هذه التضررات في مجال كفاءات التنظيم الذاتي تشخيصياً على سبيل المثال على شكل نقص في سلوك التخطيط والمرونة الاستعرافية والتنظيم غير الكافي للسلوك وفي تقييد الانتباه المستمر. ويمكن أن يتم ربط النقاط الأساسية المشخصة طبقاً

---

(1) Objectivation Deficits أي المحدد إجرائياً، والقابل لأن يتحدد بشكل موضوعي.

لذلك لدرجة الاضطراب مع عناصر محددة من التدريب بشكل مباشر، كما هي موصوفة في الدليل التدريبي للاوث وشلوتكه (2002).

وبهذا فإن الشذوذات السلوكية والاندفاعية وفرط النشاط وعدم الانتباه وقلة التحمل الموصوفة في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 أو الدي.أس.أم. DSM-IV-TR ليست هي العناصر الأساسية المباشرة للتدخل. إذ لابد من توضيحها هي نفسها تشخيصياً أيضاً استناداً إلى الاضطراب الأساسي المحدد قبلاً، وبالاستناد إلى الآليات الاجتماعية النفسية التي تسهل في إطار نموذج الاستهداف–الضغط Diatheses-Stress-Model استمرارية الاضطراب.

وهنا لابد من إجراء توضيح تشخيصي لسلوك الأشخاص المرجعيين المهمين في صعوبات الطفل. فإلى جانب الرفض والصد فإن العقوبات الموجهة لنقص الاستعدادات لبذل الجهد التي يخمن أنها "مقصودة" أو غياب التعزيزات الإيجابية للسلوك المرغوب هي أمور غير مجدية. وبالنتيجة فإن الأطفال يعيشون مجريات التفاعلات غير الملائمة هذه على أنها إخفاقات متكررة ويصبحون باطراد أقل استعداداً للتكيف وبذل الجهد. ويمكن لهذا أن يترافق مع تجنب المطالب المشحونة بالفشل واستمرارية تناقص مشاعر القيمة الذاتية وشحذ المشكلة على شكل سلوك اكتئابي وعدواني. ولابد من أن يتم التأكد بالشكل المناسب تشخيصياً من الأهمية الوظيفية لمثل هذا النوع من التأثيرات في تطوير برنامج التدخل الهادف. وعليه فإن التشخيص القائم على التعديل الملائم لهذه الصورة المرضية أن يراعي العلاقات الوظيفية [السياقات الوظيفية] سواء على مستوى الأضرار الكامنة خلفها أم أيضاً فيما يتعلق بالآليات الاجتماعية النفسية للحفاظ على استمرارية الاضطراب. ويتيح مثل هذا التشخيص المعمق القائم على التدخل (مع تحليل تفصيلي للمشكلة/ للخطة وعينة العمل النوعية على سبيل المثال) الانتقاء الدقيق لبرامج العلاج الفردي وإعدادها. ويقدم المبدأ المعمق للفرضيات لعينات العمل والسلوك (في المجال الاستعرافي والسياق الاجتماعي على حد سواء) إلى جانب الإرشادات التشخيصية (التفريقية) حول تبرير أسس التدخلات نقاط ارتكاز لأدوات

القياس المرافقة للتدخل والتقويمية، مع العلم أنه لابد من أخذ المجالات الحياتية المختلفة (مواقف معيارية في الأسرة وفي الدرس؛ التعامل مع الأتراب) ووجهة نظر الطفل. كما أن تحديد الموارد على جانب الطفل وأشخاصه المرجعيين واللازمة لبناء وترسيخ السلوك البديل المرغوب يعد مطلباً تشخيصياً مهماً. ومن أجل ذلك فإن المعرفة بالمعززات وبرامج التعزيز أساسية.

ولعل من أهم الإرشادات التفصيلية لتشخيص اضطرابات فرط الحركة وضبط المجرى (أي في إطار تصنيف الآي.سي.دي. العاشر ICD-10) في المحيط الناطق بالألمانية تلك التي قدمها دوبفنر وفرولش وليمكول (Doepfner, Froehlich & Lehmkuehl, 2000). وقد تم عرض مواد مساعدة لكل مقطع في العملية العلاجية-التشخيصية، إلا أنها مازالت تفتقد إلى بيانات حول موثوقية الاختبارات. وفي إطار منظومة تشخيص الأطفال قام كل من دوبفنر وليمكول وشتاينهاوسن (Doepfner, Lehmkuehl, Steinhausen 2006) بنشر سلسلة تتضمن قوائم فحص وتقييمات ذاتية وتقييمات للآخر وأدوات للتشخيص المعمق القائم على التدخل لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD). ويمكن للمواقف المشكلة في الأسرة والصعوبات في الواجبات المنزلية والسلوك في الدرس ومخططات البروفيلات اليومية للوالدين والمعلمين أن تعطينا توضيحات حول الصعوبات في مجرى العلاج. ويتضمن هذا العرض بيانات لكل أداة حول الصدق والثبات وحول المعايير والقيم الحدودية، في حال كانت هذه متوفرة.

وقد تم وصف العملية التشخيصية في جدول (3).

جدول (3): مكونات العملية التشخيصية لدى الأطفال والراشدين (وفق لاوث وشتولكه، 2002، ومورفي وغوردن، 1998)

الأطفال واليافعين	الراشدين
التشخيص التوجيهي: هل توجد دلائل على اضطراب الانتباه وفرط النشاط وفق محكات الدي.أس.أم. الرابع DSM-IV؟ هل يمكن تأكيد الوصوفات السلوكية في مجالين حياتيين على الأقل؟ ما مدى شدة الضرر؟ هل كانت بعض الأعراض قائمة قبل سن السابعة؟	التشخيص التوجيهي: الأعراض في الماضي. الظهور الأول في سن 12 أو 13 على أبعد حد؟ سلوك ثابت عبر المواقف في السنوات التالية؟ تؤذي الأعراض الأداءات؛ لا ترجع الأعراض لخبرات صادمة أو أعطاب أسرية أو اضطراب انفعالي شديد. هل كان هناك دعم خاص من خلال البيت الوالدي أو المدرسي كبح الأعراض؟
الحصول على المعلومات من الوالدين، المعلمين، المربين • تاريخ المرض؛ تحليل المشكلة • السلوك الحرج؛ المواقف الحرجة • استبيان لتشخيص السلوك • استبيان للمواقف الضاغطة في الأسرة والمدرسة في المدرسة والأسرة. • استبيان الأسلوب التربوي • العلامات	الحصول على المعلومات من المريض، الشريك، الوالدين • تاريخ المرض؛ تحليل المشكلة • السلوك الحرج؛ المواقف الحرجة • استبيان لتشخيص السلوك • استبيان للمواقف الضاغطة في الأسرة والعمل والتأهيل. • العلامات
فحص الطفل: هل يمكن تأكيد وصوفات السلوك على الأقل في مجالين حياتيين على الأقل؟ ما مدى حجم الضرر. • اختبار ذكاء متعدد الأبعاد • وجهة نظر الطفل في المشكلة	فحص الراشد: تضرر جدي في البيت أو في العمل؟ ما مدى حجم الضرر؟ • اختبار ذكاء متعدد الأبعاد • اختبار الانتباه والتركيز • عينة العمل

الأطفال واليافعين	الراشدين
• اختبار الانتباه والتركيز • عينة العمل • فحص القدرة على الأداء المدرسي.	• فحص القدرة على الأداء في العمل
الملاحظة في الحياة اليومية: كيف يتصرف الطفل/ الراشد وأشخاصه المرجعيين في المواقف الحرجة؟	
• مواقف حرجة معيارية في الأسرة • في الدرس • في أنشطة وقت الفراغ مع الأتراب	ملاحظة للذات حسب تعليمات المعالج (بروتوكولات، دفاتر يوميات، عينات عمل).
التشخيص التفريقي والاختلاطية: لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطرابات التعلم، سلوك عناد معارض، اضطرابات سلوكية، اضطرابات قلق، اكتئاب، مرض جسدي ولم تنشأ نتيجة استجابة لضغوطات (فرط مطالب مدرسية، مشكلات أسرية على سبيل المثال). • فحص جسدي • مقابلة تشخيصية (المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية للأطفال واليافعين-DIPD-Children and Youth على سبيل المثال).	التشخيص التفريقي والاختلاطية: لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطرابات قلق، اكتئاب، اضطراب ثنائي القطب، اضطراب قهري، فصام، اضطراب تعلم، مرض جسدي ولا تمثل استجابة لضغوطات. • فحص جسدي • مقابلة تشخيصية (المقابلة النفسية للاضطرابات النفسية أو المقابلة الإكلينيكية المبنية للدي.أس.أم. الرابع على سبيل المثال). • قائمةمينيسوتا المتعددة الأوجه للشخصية MinnesotaMultiphasic Personality 2 Inventory (MMPI-2) • قائمة الأعراض Symptom Check List
التشخيص القائم على التعديل • القصور الاستعرافي-الوظيفي؟	

الأطفال واليافعين	الراشدين
• قصور معرفي وقصور في المعارف • قصور في الكفاءة الاجتماعية؟ • العوامل المحافظة على الاستمرارية.	
العودة إلى المعلومات من التشخيص السابق، واختبارات إضافية في مقتضى الحال، وعينات عمل وتحليل السلوك.	

5- الأدوات التشخيصية للأطفال واليافعين

5.1 أدوات لتقييم الذات والتقييم من الآخر

5.1.1 التقييم من الآخر

في الخطوة الأولى يتم في العادة تطبيق استبيانات لتحديد توفر المحكات وفق الدي.أس.أم. DSM-IV-TR. ومن أجل تحديد مطلب وجود تضرر في مجالين حياتيين على الأقل لابد من إشراك الوالدين والمعلمين كمصادر للمعلومات.

وقد قام كل من باركلي وموري (Barkley & Morphy, 1998) بوضع "دليل عمل Workbook" للمحيط الأنجلو أمريكي، يتضمن نماذج كثيرة لسبر تاريخ المرض والمقابلة الإكلينيكية والاستبيانات وقوائم الأعراض. وبالنسبة لجزء من القوائم تتوفر معايير وبيانات حول الثبات.

وفي الدراسات الإمبيريقية غالباً ما يتم استخدام ما يسمى بمقاييس التقدير لكونرز (مقياس كونرز لتقدير الوالدين ومقياس كونرز لتقدير المعلم Conners Parent Rating Scale Revised,1998a; Conners Teacher Rating Scale Revised,1998b). وكما يستنتج هوس وآخرين (Huss et al., 2002) يتناقض انتشار هذه الأداة بوضوح مع المعرفة حول خصائصها السيكومترية. ففي دراستهم قام الباحثون بمساعدة النسخة

المختصرة للمعلم والتي تتألف من 28 بند (Conners, Sitarenios, Park & Epstein, 1998) بمقارنة عينة إكلينيكية مع عينة معيارية من التلاميذ الألمان. وتوصلوا إلى نتيجة مفادها وجود اتفاق معتدل بالنسبة لمقياس "فرط النشاط/ الاندفاعية" وجيد جداً لمقياس "مشكلات الانتباه" مع المعيار الأمريكي، ووجدوا تطابقاً سيئاً مع مقياس "مشكلات التصرف". وقد تمكن كولمان (Kuhlmann,1998) من برهان وجود صدق تفريقي جيد لمقياس كونرز المعدل للوالدين الذي أعده لاوث وشلوتكه في المحيط الناطق بالألمانية.

كما توجد للمحيط الناطق بالألمانية مواد لدى لاوث وشولتكه (2002) أو دبفنر وفورلش وليمكول (2000) تتطابق مفاهيمياً في أجزاء كبيرة مع كتاب بيركلي ومورفي.

وفي بداية العملية التشخيصية تحتل الاستبيانات التي تسترشد بمحكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR مركز الصدارة، ومنها على سبيل المثال استبيان سمات السلوك لاضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (Lauth & Schlotke,2002) أو القوائم التشخيصية لاضطراب فرط النشاط من منظومة التشخيص للاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع وفق الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM-IV-TR (Doepfner & Lehmkuhl,2000) . وقد تم فحص صلاحية القوائم التشخيصية لاضطراب فرط النشاط على عينة إكلينيكية للصياغة الأولية لقوائم الفحص التي استرشدت بالطبعات الأولى من الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 والدي.أس.أم. DSM. كما تتوفر في هذه الأثناء نتائج بالنسبة للصيغة النهائية حول الانتشار والثبات والتعيير. ولا توجد حتى بيانات حول الصدق.

ويهدف استبيان الوالدين حول المواقف المشكلة في الأسرة HSQ وقائمة حول المشكلات السلوكية الوالدان في الواجبات المنزلية لدوبفنر وآخرين (1989) لإعطاء مؤشرات للسبر وللمساعدة في فحص فعاليات العلاج.

وتهدف المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع DIPD (Unnewehr, Schneider & Margraf,1995) لتوضيح الاضطرابات المختلطة. وتتوفر لها

محكات صلاحية تسترشد بالدي.أس.أم. الثالث. والثبات (في الفواصل الزمنية القريبة جداً بين أوقات القياس) مرتفع بالنسبة لنسخة الأطفال ونسخة الراشدين على حد سواء. وفيما يتعلق بالصدق فإن الطبعتان تفصلان بشكل جيد بين الأطفال باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) والأطفال من دون اضطراب إلا أن عدد الحالات التي تم استخدامها كان قليلاً جداً (ن=15).

وإلى جانب الاستبيانات الخاصة بالاضطراب يتم كذلك استخدام ما يسمى بالأدوات الأساسية، التي تم تطويرها للاضطرابات النفسية عموماً. ومن بينها في المقام الأول قائمة الأعراض السلوكية للطفل Child Behavior Checklist (اختصار CBCL) (الصيغة الألمانية لمجموعة عمل تشخيص الأسرة والأطفال واليافعين، 1994؛ مع صيغة للوالدين والمعلمين) واستخبار القوة والصعوبات Strength and Difficulties Questionnaire (اختصار SDQ) (Goodman, 1997) (يمكن الحصول على الصيغة الألمانية عبر www.sdq.info.com) . وكلتا الأداتان قادرتان على تحديد اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD). وبما أن التفريق بين العينات الفرعية الإكلينيكية ليس على درجة من الجودة فإنه ينصح باستخدام هذه الأدوات كأدوات فرز أو في مسائل الانتشار، ولكن ليس للتشخيص في الإطار الإكلينيكي (American Academy of Pediatrics [AAP],2000). وقد اقترح كلاسن وآخرين (Klassen et al.,2000) استخدام SDQ ضمن جمهور إكلينيكي إذا كان المرء يرغب بتقويم التدخل أو تحديد الأولويات في انتقاء الحالات. ولا يتضمن استخبار القوة والصعوبات SDQ سوى 25 سؤالاً، وقيم صلاحيته جيدة مثل CBCL وهو متفوق في موثوقيته التفريقية على مقياس المشكلة "فرط النشاط/ مشكلات الانتباه" (Klassen et al.,2000). ولقياس تكرار المشكلة وضغطها يوجد قائمة آيبيرغ لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory (اختصار ECBI) (Eyberg & Pincus,1999). فعبر 26 بند الاستفسار عن تكرارا الظهور للمواقف الإشكالية النموذجية وما يرتبط بذلك من ضغوطات بالنسبة

للوالدين أو المعلمين. وتبرهن الدراسات وجود صدق داخلي جيد (ر=0.98) (Eyberg & Ross,1978).

ولمقاييس التقدير مشكلات مختلفة. فالأمر يتعلق ببيانات ذاتية ومع كل ما يرتبط بذلك من قيود. وكما أشرنا في البداية بالنسبة للإكلينيكيين، لا تتوفر بالنسبة للوالدين والمعلمين تحديدات إجرائية معيره للبيانات من نحو "مراراً"، "غالباً"، "معتدل" و"مفرط". ولابد للمشخصين أن يأخذوا بالحسبان وجود أخطاء ملاحظة من نحو تأثير التضاد، وأثر الميل للوسط وأثر الهالة وأثر التوقع. وطبقاً لذلك فإن التطابق ضئيل بين أحكام المعلمين والوالدين (Gordon & Barkley,1998; Cerey,2002). وتستنتج كولمان (Kuhlmann,1998) في دراستها عند مقارنة مجموع القيم المقاييس المنفردة، أن أحكام المعلمين والوالدين لا تتطابق إلا في فرط النشاط فقط. أما بالنسبة للاندفاعية ونقص الانتباه فقد أشار الوالدان إلى قيم أعلى بوضوح. فحجم الفصل والخبرة وبنيوية الدراسة تؤثر على حكم المعلم (Greeene,1996) . ويؤكد كاري (Carey,2002) بأن هذه الاستبيانات لا تقيس أكثر من إدراكات الوالدين والمعلمين وشكواهما ولا تكفي بأي حال من الأحوال للتشخيص على الإطلاق.

5.1.2 التقدير الذاتي

الأطفال واليافعون غير ملائمين كثيراً لتقدير السلوك الأعراضي لديهم. وعليه فنحن لا نجد تطابقاً كبيراً بين حكم الوالدين وحكم الأطفال (Barkley & Edwards, 1998; Kuhlmann,1998). ويمكن أن يرجع السبب في ذلك إلى نقص الاستبصار بالمرض لدى الأطفال الصغار وسلوك معارضة لدى اليافعين الشبان. ومع ذلك يمكن للاستبيان الذي يجيب عنه الطفل أو اليافع أن يشكل مدخلاً للعمل العلاجي.

5.2 ملاحظة السلوك

يمكن لملاحظة السلوك أن تسهم في فحص البيانات في الاستبيانات من خلال

ملاحظ مستقل. وقد أجرى باركلي وزملاءه ملاحظة للسلوك قاسو فيها النشاط والانتباه الطفليين في أثناء أداء مهمة مدتها 15 دقيقة. ومن خلال هذه الطريقة أمكن الفصل بشكل موثوق بين الأطفال باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ومجموعة ضابطة ولكن لم يتم التمكن من التفريق الموثوق عن العينات الإكلينيكية الفرعية الأخرى (Barkley et al.,1990).

وفي طريقة للملاحظة لربورتس وري وروبرتس (Roberts, Ray & Roberts,1984) مقتبس عن (Vollmann,2003) تم قياس نشاط وانتباه أطفال في مواقف اللعب ومواقف مدرسية بستة مقاييس مختلفة للسلوك. وقد تم تقسيم غرفة الفحص إلى 16 قطاع متساو، تم فيها وضع ألعاب في محاكات اللعب، وأوراق واجبات في محاكات الواجبات. وقد تمكن الباحثون من برهان أنه من خلال هذه الطريقة أمكن تصنيف الأطفال باضطراب فرط النشاط والأطفال الأصحاء بشكل صحيح بنسبة 86٪ وتم التمييز بين الأطفال باضطرابات ظاهرة externalized مختلفة، كالتمييز بين الأطفال بسلوك عدواني والأطفال بسلوك مفرط النشاط أو سلوك عدواني-مفرط النشاط على سبيل المثال.

وتعد قائمة روستوك لملاحظة السلوك (Haessler,2000) أداة ذات قوة فصل جيدة بين الأطفال مفرطي النشاط و"طبيعيي النشاط". فبمساعدة أربعة فئات يمكن التمييز بين كلتا المجموعتين في ملاحظة تبلغ مدتها عشر دقائق في شروط الجلوس بهدوء والقراءة/ الوصف مع ثبات بين المشخصين وإعادة الاختبار.

كما تم تقويم ملاحظة للسلوك مدعومة بالفيديو وفق كوله وآخرين (Kuehle et al., 2001) من خلال عشرين طفل باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) و20 طفل مصاب بالزكام. وقد أتاح تحليل مدته كل مرة دقيقتان في موقف اللعب وموقف مطالب مع أحد الأقارب من إجراء ترتيب نوعي وحساس. فالأطفال باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يتميزون بتعابير حركية متزايدة وبشكل خاص من خلال

الانقطاع المتكرر لاتصالات العيون. ولعل جزء من البنود غير مصاغ بصورة متماسكة discrete ولا يوجد أي تحليل إحصائي للبنود. ولكن نظراً للقيم الجيدة للحساسية (80٪) والنوعية (85٪) فإنه يبدو أنه من المفيد إجراء دراسات أخرى حول الفحص الطرائقي والصدق التمييزي.

خلاصة القول توجد أساليب ملاحظة يمكنها أن تميز بشكل جيد بين الأطفال الأصحاء والأطفال باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وقادرة كذلك على التمييز بين العينات الإكلينيكية الفرعية المختلفة. بالمقابل نجد ما يعاكس ذلك في التقدير الذي طرحه جوردن وباركلي (1998) القائل أن استخدام أدوات الملاحظة الرسمية formalize في الممارسة الإكلينيكية العملية أمر غير عملي ومكلف جداً.

جدول (4): عرض للأدوات التشخيصية

الأطفال			
مقاييس تقدير واستبيانات خاصة بـ (ADHD)	مقياس تقدير الوالدين لكونرز المعدل Conners Parents Ratings Scale Revised	Conners et al (1998a)	أعراض (ADHD) من وجهة نظر الوالدين.
	مقياس تقدير المعلم لكونرز المعدل Conners Teacher Ratings Scale Revised	Conners et al (1998b)	أعراض (ADHD) من وجهة نظر المعلم.
	مقياس كونرز المعدل للوالدين	Lauth & Schlotke (2002)	أعراض (ADHD) من وجهة نظر الوالدين لمدة ثلاثة أيام متتالية.

	القوائم التشخيصية لاضطرابات فرط الحركة من منظومة تشخيص الاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع لـ ICD-10 وDSM-IV-TR	Doepfner &Lehmkuhl, (2000)	قياس (ADHD) بالاسترشاد بـ ICD-10 وDSM-IV-TR
	مقياس الوالدين حول المواقف المشكلة في الأسرة	Doepfner &Schuermann & Froehlich (1998)	قياس مواقف المشكلة الأسرية النوعية.
	قائمة الوالدين حول المشكلات السلوكية في الواجبات المنزلية	Doepfner & Schuermann & Froehlich (1998)	قياس المشكلات النوعية في مواقف الواجبات المنزلية.
استبيانات ومقاييس تقدير غير خاصة بـ (ADHD)	قائمة سلوك الطفل CBCL	Germany: Achenbach (1991)	تقييم الشذوذات النفسية المرضية من خلال ستة قوائم للمشكلات: الانسحاب الاجتماعي؛ الشكاوى الجسدية؛ الخوف/ الاكتئاب، السلوك الهدام. مشكلات السلوك والنوم.
	استخبار القوة والضعف	Goodman (1997)	قياس المشكلات الانفعالية، المشكلات مع الأقران، مشكلات السلوك، فرط النشاط والسلوك البارز اجتماعياً Prosocial Behavior

	مقياس آيبرغ لسلوك الطفل	Eyberg & Pincus (1999)	تقدير تكرار ظهور المواقف المشكلة وما يرتبط بذلك من إرهاقات بالسنبة للوالدين والمعلم.
المقابلات	المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية في سن الطفولة واليفوع	Unnewehr, Schneider & Maragraf (1995)	فحص محكات الدي.أس.أم. DSM-III لاضطراب فرط النشاط وتوضيح الاختلاطية
ملاحظة السلوك	طريقة باركلي	Barkley, DuPaul & McMurray (1990)	قياس النشاط الطفلي والانتباه في أثناء موقف أداء واجب مدته 15 دقيقة.
	طريقة روبرتز وآخرين	Roberts et al., (1984)	قياس النشاط الطفلي والانتباه في مواقف اللعب والمواقف الشبيهة بالمدرسة.
	قائمة روستوك لملاحظة السلوك	Haessler (2000)	قياس السلوك مفرط النشاط في موقف ملاحظة لعشر دقائق
مقياس الحركة actometer		Gaehwiller Electronic (1992)	القياس المستمر لحركات الأعضاء والجذع
أدوات بيولوجية عصبية	مخطط الرأس الكهربائية	Kenner et al., (1998)	قياس الكمونات المرتبطة بأحداث محددة
	مخطط الرأس الكمية	Monastra et al., (1999)	القياس الكمي لموجات قشرية محددة
اختبارات نفسية عصبية	اختبار الأداء المستمر continuous Performance Test (CPT)	مثال: Conners (1995)	اختبار المظاهر المختلفة لأداء الانتباه من بينها اليقظة، الانتباه الموزع، القدرة على تغيير بؤرة الانتباه
	اختبار متغيرات الانتباه Test of Variables of Attention	Greeberg & Waldmann (1993)	

	مهمة الإلغاء Cancellation Task	Mrgolis (1972)	
	اختبار القيام بالمحاولة Trial Making Test	Reitan (1958)	
	اختبار الأشكال الأسرية المحاكاة Matching Familiar Figures Test	Kagan (1966)	
	اختبار ستروب Stroop-Test	Busch et al. (1999)	
	اختبار هامبورغ ويكسلر لذكاء الأطفال HAWIK IV	Petermann & Petermann (2007)	
	اختبار دورتموند للانتباه	Lauth (1996)	
	بطارية اختبار الانتباه	Zimmermann & Fimm (2002)	
الراشدون			
مقاييس تقدير واستبيانات خاصة بـ (ADHD)	مقياس تقدير وندر أوتاه Wender Utah Rating Scale	Ward, Wender & Remherr (1993)	قياس استرجاعي لأعراض ADHD
	استبيان ADHD للراشدين	Adam, Doepfner & Lehmkuhl (2002)	
	مقياس براون لاضطراب فرط الحركة والانتباه	Brown (1996)	قياس أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

	مقياس كونر لتقدير ADHD للكبار	Conners, Erhardt & Sparrow (1999)	
	مقياس قصور الانتباه للكبار	Triolo & Murphy (1996)	
	استبيان ADHD للراشدين	Doepfner, & Steinhausen Lehmkuhl (2006)	
	مقياس تقدير الذات ADHD-SB	Roesler et al. (2004)	
	قائمة تشخيص ADHD-DC	Roesler et al. (2004)	
المقابلات	المقابلة الإكلينيكية المبنية	Wittchen et al. (1997)	توضيح الاضطرابات النفسية المختلطة

3.5 الاختبارات السيكومترية

5.3.1 اختبارات نفسية عصبية وقياس الذكاء

في دراسة بعدية لخص رابورت (Rapport,2000) نتائج 142 دراسة استخدمت فيها الاختبارات في تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وتم فيها فحص فيما إذا كان بالإمكان التمييز بين الأطفال باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وعينات ضابطة سليمة. وكانت الأداة الأكثر استخداماً الطبعات المختلفة لاختبار الأداء المستمر Continuous Performance Test (CPT) (Rosvold et al., 1965; Conners, 1995) أو اختبار متغيرات الانتباه Test of Variables of Attention (TOVA) (Greenberg & Waldman, 1993) بالمواد المختلفة (سمعي، بصري وسمعي وبصري)، وطبعات مهام الإلغاء cancellation Task (Margolis, 1972)، واختبار المحاولة Trial Making Test (Rweitan,1958) والاختبارات المختلفة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال

(Wechsler,1974) واختبارات أداء واختبار المحاكاة المألوفة Matching Familiar Test (MFFT) (Kagan, 1996) واختبار ستروب Stroop-Test (Bush et al., 1999). وقد تم اعتبار الاختبار صادقاً إذا كان الاختبار في أكثر من 75٪ من الدراسات كلها، التي تم استخدامه فيها قادراً بمساعدة متغيرة واحدة على الأقل أن يميز بين الأطفال المضطربين والأسوياء. وقد حققت اختبارات CPT واختبار ستروب هذا المحك. وقد كان الفرق بين الاختبارات الصادقة - أو على الأقل الصادقة بشكل مقبول جزئياً- عن الأدوات غير الصادقة من خلال السمات التالية: استخدام الحدود الزمنية (مركبات السرعة)، قياس أداء التعرف أو أداء الاستدعاء أو كليهما/ استخدام المهام النمطية بالنسبة لذاكرة العمل.

وبشكل عام توضح نتائج رابورت أنه لا يوجد أي اختبار نفسي عصبي قادر لوحده على تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD). فعلى الرغم من أن الدراسات حول الصدق التمييزي لاختبارات مختلفة أظهرت أن هذه الاختبارات تميز بين الأطفال باضطراب فرط النشاط والأطفال الأصحاء؛ إلا أنها لم تتمكن من إظهار وجود فروق منتظمة بين كلتا المجموعتين: ففي مراجعة لباركلي (Barkley,1991) ظهر أن تكمن في جزء منها في أوقات الاستجابة وفي أجزاء ثانية في الانحراف المعياري الكبير وفي جزء ثالث في الترك والأخطاء، وفي عدد من هذه المتغيرات الاختبارية. إلا أنه في بعض الدراسات لم يتم إيجاد أية فروق. ومن المحتمل أن ترجع هذه النتائج المتناقضة إلى أن الانتباه يتأثر بمتغيرات ثالثة مختلفة كمدة الاختبار وتكرار عرض المثير ونوع المثيرات المقدمة والإعادة وظروف التعزيز، والتي يستجيب لها الأطفال الأصحاء بشكل مختلف عن الأطفال باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (Kuhl, ann, 1998).

قام كني وآخرون (Knye et al., 2003) بعمل معايير للاختبار CPT على 937 طفل ألماني (4 حتى 11 سنة) تشتق منها القيم المرجعية لتشخيص قصور الانتباه والاندفاعية.

ومن أجل اختبار "القدرة على التركيز المرتبطة بالمدرسة" و"الانعكاسية Reflexivity الحالة للمشكلة" للأطفال بين 7 و11 سنة يفيد استخدام اختبار دورتموند للانتباه (اختصار DAT) للاوث (Lauth,1996) . وبالنسبة للتعيير فقد تم على عينة مكونة من 631 من خلال حكم المعلم في ثلاثة مجموعات بتضررات مختلفة الدرجات للانتباه وفي مجموعة من الأطفال غير الملفتين للنظر. وقد نجح الترتيب الصحيح للأطفال في 87.4٪ من الحالات. وكان التصنيف الخطأ موجود بشكل خاص في مجموعة الشك باضطراب الانتباه وفق الدي.أس.أم. الثالث المعدل الدي.أس.أم. DSM-III-R. وينصح المؤلف بتقييم هذه "المنطقة التشخيصية الرمادية" كدلالة على أنه لابد من استخدام اختبارات أخرى في إطار عملية تشخيصية متعددة المراحل. وفي هذه الأثناء تمت مقارنة قيم التعيير المعياري لاختبار DAT مع المعايير الإضافية لمنظومة اختبارات هوغريفه Hogrefe-Test-System(HTS) (Haensgen, 2002). وقد حققت العينية الجديدة على كل المقاييس مستوى أعلى من عينة التعيير. وبالتالي فإن السؤال الذي يطرحه المستخدم ما هي المعايير التي سيستخدمها للتقييم.

هناك القليل من الدراسات فقط التي سألت إلى أي مدى الاختبارات قادرة على التصنيف التشخيصي التفريقي للتضررات في الأداء. فقد وجد ماك غي وآخرين (McGee et al., 2000) بالنسبة لاختبار CPT أن هذا الاختبار لا يستطيع الفصل بين اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وعسر المزاج واضطرابات القلق وسلوك العناد المعارض. وفي سعيهما لفصل مفرطي الحركة (ICD-9) عن اضطرابات السلوك الصريحة الأخرى وجد لاومان وبوستكا (Lauman & Poustka,19991) لدى 49 طفل مفرطي الحركة أداءات أسوأ مقارنة بـ 29 طفل بتشخيصات طبية نفسية أخرى في اختبار الأداء التفريقي (Kleber & Kleber,1975) ووقت استجابة أطول في اختبار المحاكاة المألوفة (MMFT) لكاغان وأسلوب عمل اندفاعي في اختبار متاهة بورتيوس Porteus-Labyrinth-Test (Porteus,1973) وكذلك أداء أفضل في مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال المعدل (HAWIK-R) (Tewes,1991). وبما أنه لم يتم في هذه الدراسة في الوقت

نفسه عرض نتائج حول مجموعة من الاختبارات الأخرى المستخدمة لاختبار القدرة على التركيز والضعف الجزئي للإنجاز، فلا يمكن الاستنتاج أن الفروق هي مجرد فروق بالصدفة في إطار العدد الكبير من الاختبارات المستخدمة. وبغض النظر عن هذا فإن هذه النتائج لا تفيد في تشخيص الحالة الفردية، طالما لا يوجد لها تصنيف معياري.

وإلى جانب الأدوات الاختبارية المذكورة فقد اختبرت بطارية اختبارات فحص الانتباه (اختصار PAT) (Zimmermann & Fimm,2002) مظاهر الانتباه. وتتألف البطارية من عدد من الاختبارات الفرعية تفحص الوجوه المختلفة لعمل للانتباه، كالانتباه المستمر والانتباه الموزع وتغير بؤرة الانتباه على سبيل المثال. وكمتغيرة مستقلة تم – بما يشبه ما تم تحديده في CPT أو TOVA– تحديد ثبات الاستجابة وعدد الأمور المتروكة والأخطاء. وحسب فولدينيه وآخرين (Foeldéyi et al., 2000) فإن الأطفال باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) ومقارنة بعينة سليمة يرتكبون في البطارية أخطاء أكثر في الترك وثبات فردي ضئيل. وظهرت فروق واضحة بشكل خاص في الاختبارات الفرعية لاختبار الاندفاعية (افعل/ لاتفعل Go/No Go-Test) وتغيراً في بؤرة الانتباه (تبدل الاستجابة). وبمساعدة هذين الاختبارين الفرعيين أمكن تصنيف 90٪ من أطفال فرط النشاط وضعف الانتباه والأطفال الأصحاء بشكل صحيح. وقد تم الحصول على هذه النتيجة من خلال عينة من المفحوصين الذكور. وفي تكرار replication للدراسة على 20 صبي ومثلهم بنات استنتج كالر (Kaller,2006) أن البنات لا يختلفن عن الذكور من خلال مركبات أخرى للانتباه (عدم الاتساق أو التعارض incompatibility، افعل/ لا تفعل) فحسب، وإنما يبدين بالمقارنة مع الصبيان باضطراب (ADHD) نقاط قوة وضعف أخرى. وبلغ الصدق التمييزي مقابل الأطفال غير الملفتين للنظر 75٪، وهي نسبة أقل بوضوح مما هو لدى الصبيان. وبهذا يطرح السؤال نفسه، ليس عن المعايير الخاصة بالجنس فحسب وإنما أيضاً السؤال عن وجود شدة مختلفة نوعياً لدى البنات. أما ثبات TAP في مجال متغيرة السرعة (قياس سرعة الاستجابة) وجودة الأداء (الأخطاء والترك) فقد بلغت 0.61 أو 0.59 في المجال الأوسط (Foeldéyi et al., 2000) .

ولا تتوفر نتائج حول إمكانية التمييز بين الأطفال باضطراب (ADHD) وعينات إكلينيكية فرعية أخرى بمساعدة TAP.

وحتى إن لم تكن الاختبارات النفسية العصبية قادرة على تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) فإن استخدام هذه الاختبارات يساعد في الحصول معلومات حول المظاهر المختلفة للانتباه والتركيز. واستخدام اختبار ذكاء يساعد على تقدير العلاقة بين الكفاءة والأداء. ويمكن لسلوك الطفل في أثناء إجراء الاختبار أن يتيح للملاحظ الخبير استنتاجات حول الأعراض الأساسية. إلا أن القصور لا يظهر كثيراً في المواقف المبنية بشدة وفي المهام التي تبدو للطفل جديدة. ومن هنا فإنه عند اختيار اختبارات الأداء على المرء أن ينتبه إلى تقديم مهام تكون أقرب للرتيبة والمملة. ونجد عرضاً للأدوات الأخرى المستخدمة في المحيط الناطق بالألمانية لدلا لاوث وشلوتكه (2002) ولدى هويربوك وبيترمان (2001).

5.3.2 مقياس الحركة

يتيح مقياس الحركة Actometer (Gaehwiler Electronic,1992) القياس المستمر والثابت لحركات الأعضاء أو للردفين. وقد أمكن برهان وجود فروق دالة بين الأطفال باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) والأصحاء بالنسبة لمجموعة من المواقف: في أثناء الدرس، في أثناء اللعب، في نشاطات نهاية الأسبوع، في أثناء النوم في الليالي الواقعة بين يومين مدرسيين. ولم يتم إيجاد فروق في المدرسة في أثناء الفسح (الفرص) ودرس الرياضة وفي الليالي بين أيام العطل (Kuhlmann,1998) .

وفي دراسة لدان وآخرين (Dane, et al., 2000) لم تظهر فروق في فترة قبل الظهر بين أطفال باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وأطفال عينة ضابطة، ولكنها ظهرت بعد الظهر. ولم يتم إيجاد فروق بين الأنماط الفرعية لفرط النشاط. وعلى الرغم من أن الصدق التنبؤي الإيجابي قد بلغ 91٪ إلا أن الصدق التنبؤي السلبي قد بلغ 36٪ وهذا يعني أنه قد يتم تشخيص كل ثالث أو رابع طفل بشكل خطأ على أن لديه اضطراب

فرط النشاط، إذا ما تم الاقتصار على قياس الحركة لوحده كأساس للتشخيص (Gordon & Barkley,1998).

وحول الصدق التمييزي لا يمكن الوصول إلى استنتاج حسب غوردون وباركلي (1998) بسبب توفر عدد قليل من الدراسات ذات النتائج المتسقة. ومازالت مسألة الصدق البيئي ecological Validity كذلك غير موضحة بدقة. ففي حين أن الدراسات الأقدم (Barkley,1991) وجدت ارتباطات كانت أقرب للضئيلة مع حكم المعلم وحكم الوالدين، فقد أشير لاحقاً لتطابقات جيدة. ويعزى عدم الاتفاق إلى الفروق الطرائقية في قياس النشاطات (Kuhlmann,1998).

5.4 الأدوات البيو عصبية

5.4.1 التخطيط الكهربائي للدماغ

انطلاقاً من الدراسات الأساسية التي تم فيها فحص دور المؤشرات الكهربائية الدماغية Electroencephalogram (EEG) بالنسبة لباثولوجية اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (Barry et al,2002; Clarke et al., 2001)، طرح السؤال نفسه عن قابلية الاستخدام التشخيصي للنتائج المطابقة. وعليه فقد وجد لازارو وآخرين (Lazzaro et al., 2001) في نموذج سمعي شاذ auditoria oddball-Paradigm لدى يافعين باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) مقارنة بمفحوصين أصحاء وجود ارتفاع في نشاط ثيتا Theta-Activity وانفاض في مدى ن–200 N200- amplitude بعد المنبه. كما كانت P200 مرتفعة وكمون N200 وP300 متأخراً. وكان نشاط ثيتا Theta مرتبطاً بشكل سلبي مع مدى سعة ن–200 N200- amplitude ومرتبطاً إيجابيا مع كمون N200 وP200 وP300 مرتبطاً إيجاباً فقط لدى اليافعين باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD). وتشير هذه النتائج إلى مشاركة في النشاط العفوي المتغير لتخطيط الدماغ في التمثل (المضطرب) لتخطيط الدماغ والتحضير للتصرف في ADHD.

إن تحليل المكونات المختلفة لكمونية الدماغ brain potential المرتبطة بالحدث في أثناء تطبيق اختبارات الانتباه تتيح من حيث المبدأ إجراء تقييم وظيفي لعمليات الانتباه. وعليه فقد قام هاين وروث (Hein & Roth, 1996) ببرهان أن الأطفال باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) يظهرون في اختبار الأداء المستمر CPT درجة أقل وضوحاً في N300 ودرجة أقل انخفاضاً في CNV. وقد قدمت دراسة كيمنر وآخرين (Kemner et al., 1998) دلائل على الصدق التمييزي التي أظهرت أن السعة المنخفضة لـ ن300 N300- amplitude موجودة فقط لدى أطفال اضطرابات الانتباه وفرط النشاط وليس لدى الأطفال الإنغلاقيين (الأوتزميين) ولا عند الأطفال الذين لديهم عسر القراءة.

ويمكن أن يحصل تطوير مستمر ممكن لمثل هذا النوع من المبادئ في التشخيص على أساس قاعدة البيانات العالمية التي قدمها غوردون (Gordon,2003). فقد تم هنا تجميع معلومات ديموغرافية[1] ووظيفية وبنيوية فيزيودماغية واستعرافية ووراثية. وقد اقتصرت البيانات المنشورة بداية على طروحات معيارية للمظاهر المنتقاة، كالاستثارة Arousal، وسرعة التمثل ودقته. وقد بدأت معالجة البروفيلات الخاصة بالاضطراب www.brainresoource.com، إلا أنه لا توجد منشورات بعد.

وهناك مبدأ آخر يتمثل في إظهار التغيرات النوعية بالنسبة لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) بمساعدة تحليل كمي للتخطيط الكهربائي للدماغ QEEG[2] (وجعلها مفيدة بالنسبة للعلاج). ويقيس التخطيط الكمي للدماغ QEEG النشاطات العفوية ضمن شروط مختلفة (الهدوء، القراءة، الإصغاء، الحساب...الخ) ويحلل الأجزاء المطلقة والنسبية لتكرارات واتساق وترابط [التماسك][3] نشاط نصفي الدماغ.

(1) Demography الدراسات الخاصة بالسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج والسن والهجرة وغيرها.

(2) Quantitative Electroencephalogram

(3) Frequencies , Symmetry and Coherence

بالإضافة إلى ذلك يمكن للمقارنة القبلية-البعدية توثيق التغيرات بعد علاج تغذية راجعة عصبية[1]. إلا أن رومانو- ميشا (Romano-Micha,2003) يحذر من المبالغة في تقدير أهمية التخطيط الكمي للدماغ QEEG بالنسبة للتشخيص (والعلاج). فمن حيث المبدأ فإن التخطيط الكهربائي الدماغي يختلف جداً بين الأفراد. ولا توجد معايير بالنسبة للفيزيولوجيا المحيطية peripheral Physiology، كما هو الحال بالنسبة لضغط الدم على سبيل المثال). والمعايير المتوفرة تجارياً في سياق برامج [السوفت وير] أجهزة معينة للتغذية الراجعة العصبية، تم الحصول عليها من مفحوصين وجب أن تنطبق عليهم محكات صارمة: صحة نفسية جسدية إلى أبعد حد، عدم وجود أي خلل في النمو منذ ما قبل الولادة وحتى الآن. وبغض النظر عن الأعراض المرتبطة اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وجب على جميع المفحوصين تحقيق هذه المحكات بالمقدار نفسه.

5.4.2 خصوصية وحساسية التخطيط الكمي للدماغ

وفق موناسترا (Monastra et al.,1999) وشابوت وآخرين (Chabot et al.,2001) يتيح التخطيط الكمي للدماغ فرز الأطفال باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) بدرجة عالية من الحساسيةSensitivity (الأطفال الملفتون للنظر يتم التعرف عليهم بوصفهم كذلك) وفي الوقت نفسه بدرجة عالية من الخصوصية Specifity (اختبار الأطفال الأصحاء سالب). ولا يوجد أي اختبار نفسي عصبي حقق قيماً جيدة مقاربة (Monastra & Lubar,2001). فأطفال ADHD يختلفون عن الأطفال الأصحاء بارتفاع دال في نشاط موجات ثيتا Theta وانخفاض دال في نشاطات ألفا وبيتا.

وحول مسألة الخصوصية والحساسية بالمقارنة مع اضطرابات إكلينيكية أخرى لا تتوفر سوى نتائج على أطفال باضطرابات تعلم. وحسب كلارك وآخرين (Clarke et

---

(1) Neurofeedback-Therapy

al.,2001) تظهر كلتا المجموعتين الإكلينيكيتين النمط نفسه من الشذوذات، إلا أنهما تختلفان في درجة الشدة. ووفقاً لذلك فقد وجد لدى أطفال ADHD بالمقارنة بالأطفال باضطرابات تعلم تكرارات [ترددات Frequencies] أكثر بطئاً.

فإذا ما قارنا الخصوصية والحساسية للاختبارات المحوسبة التي يتم استخدامها في إطار تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (مثال: TOVA, CPT) مع QEEG فإن QEEG يحقق قيماً أفضل. والأمر نفسه ينطبق على نسبة الأخطاء الإيجابية الخطأ (QEEG 20٪، مقابل TOVA 28٪ مقابل CPT 51٪) (Monastra & Lubear,2001)

5.4.3 الفروق بين الأنماط الفرعية في التخطيط الكمي للدماغ

في حين لم يجد موناسترا (Monastra et al.,1999) وشابوت وآخرين (Chabot et al.,2001) على أساس بياناتهم التي حصلوا عليها في التخطيط الكمي للدماغ أية فروق بين النمط المختلط والنمط الفرعي لعدم الانتباه، فقد برهن كلارك (Clarke et al., 2001) بأن أطفال اضطرابات ADHD (من النمط الخليط) يظهرون نشاطاً مطلقاً أعلى في موجة ثيتا ونشاطاً مطلقاً أقل في موجات ألفا وبيتامن الأطفال الذين لديهم نقص انتباه ADD فقط (نمط نقص الانتباه). وقد اقترح باري وآخرون (Barry et al., 2003) وماغي وآخرين (Magee et al., 2005) بناء على تحليلاتهم الفيزيولوجية الكهربائية ثلاثة أنماط جلية، يتم التمييز وفقها بين الأطفال من النمط الخليط: نقص الاستثارة القشرية وتأخر نضج قشري وفرط استثارة قشري. وفي دراسة لكلارك وآخرون (Clarke et al.,2033) لبنات باضطراب ADHD استخلصت مصفوفتين [نوعين] فقط. الأول نقص الاستثارة Hypo arousal يتصف من بين أمور أخرى بارتفاع في النشاط النسبي لموجات ثيتا وانخفاض في النشاطات النسبية لموجات ألفا ودلتا، وكان 96٪ من الأطفال يتصفون بهذا، في حين اتصفت نسبة مقدارها 4٪ بنشاط جبهي واسع المدى لنشاط ثيتا وانخفاض في كل الترددات الأخرى.

ويعتقد بأن النتائج غير الموحدة ترجع إلى الفروق في الظروف التي يتم فيها إجراء QEEG والفئات العمرية المختلفة وطرق التقييم المختلفة. ومن جهة أخرى قد يرجع الاختلاف في النتائج أيضاً إلى أن الأعطال في التخطيط الدماغي dysfunctions in EEG قادت لتجميعات مختلفة، عما هو الحال عندما يتم تشخيص الأطفال استناداً إلى شذوذاتهم السلوكية.. وأخيراً تشير النتائج إلى أنه لا بد من أخذ الفروق الخاصة بالجنسين بشكل أقوى بعين الاعتبار. ومن هنا فإنه إلى أن يتم استخدام التخطيط الدماغي الكمي كأداة تشخيصية فلابد من حل، ليس فقط سلسلة من مسائل التعيير standardization والتقنيين normalization ، وإنما طرح مسألة صدق البناء للنقاش.

5.4.4 الطرق التصويرية

تمت دراسة الارتباطات التشريحية العصبية لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) في سلسلة من الدراسات، إلا أنه لا يمكن استخدامها لأغراض تشخيصية. فمن جهة لم يتم التمكن حتى الآن من إيجاد فروق موثوقة بين مفحوصين باضطرابات ADHD ومفحوصين من دون اضطرابات ADHD (American Academy of Pediatrics [AAP],2000) ، ومن جهة أخرى فإن النتائج غير موحدة (Hill et al.,2003). ففي حين أن مازال نيوكورن وآخرين (Newcorn et al.,2000) بأنه هناك اتفاق على الأقل بوجود تضرر في الشبكات الثلمية ما قبل الجبهية Prefrontal-Striatal Networks (تضيق في حجم اللحاء الجبهي الأيمن في النواة الذيلية nucleus caudatus وفي الكرة الشاحبة Globus Pallidus)، تمكن هيل وآخرين (2003) من تأكيد التضررات الجبهية- اليمنى فقط.

6- أدوات تشخيصية للراشدين

6.1 أدوات للتقدير الذاتي وتقدير الآخر

التشخيص في سن الرشد صعب دائماً إذا لم يكن قد تم تشخيص الاضطراب في الطفولة. إذ يمكن للحكم الاسترجاعي أن يتشوه بنتيجة فجوات الذاكرة وتغير

التقييمات وأثر التضاد لدى عدد من الأطفال والمرغوبية الاجتماعية. لهذا ينصح مورفي وغوردون (1998) بتقويم مصدر المعلومات ونوعية العلاقة بالمريض بعناية. وبما أن سؤال المعلم لم يعد ممكنا فلا بد من إلقاء أهمية على الدرجات ووثائق أخرى من زمن المدرسة.

يتم تقييم التطابق بين الوالدين والمريض في القياس الاسترجاعي بشكل مختلف. ففي حين أشار كل من جونسون وكونرز (Johnson & Conners,2002) وباركلي وآخرين (Barkley, 2002) أشاروا إلى وجود تطابق ضئيل، فقد تطابقت في دراسة مورفي وشاختر (Morphy & Schachter, 2000) تقييمات الراشدين مع تقييمات الوالدين والشخص المرجعي الراهن بشكل جيد. إلا أن الأمر تعلق هنا بجماعة مختلطة من المرضى لم يتم دراستها بشكل خاص فيما يتعلق باضطرابات فرط النشاط ونقص الانتباه.

وفي دراسة لدوني وآخرين (Downey et al.,1997) تمت فيها دراسة استرجاعية أعراض اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) بمساعدة مقياس تقدير ويندر أوتاه Wender Utah Rating Scale (Ward, Wender & Reim,1993) وجدت ارتباطاً جيداً بين تقدير المريض وتقييم الأشخاص المرجعيين فيما يتعلق بالتكرار وأهمية الأعراض في الحياة الراهنة. وكان 25 بند من أصل 61 ملائماً للفصل بين المرضى باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) وبين المرضى الأصحاء. وبما أنه وجدت قيماً مرتفعة كذلك لدى المرضى الحدوديين والاكتئاب الأساسي غير النمطي، فإن التشخيص التفريقي هنا يحظى بقيمة عالية. وقد قدم تروت Trott (مقتبس عن Gross et al.,1999) نسخة مصرح بها من قبل ويندر في اللغة الألمانية. وكان الثبات الزمني (إعادة بين 8–14 يوم) عالياً، كما تم تحديد نقطة قطع (قارن عموماً الجدول 4). وكذلك تم في المحيط الناطق بالألمانية تطوير استبيان لاضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) للراشدين على أساس الدي.أس.أم. الرابع معدل النص DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر-ICD

10 (Doepfner & Lehmkuhl, 2001). ويقيس الأعراض الراهنة في تقدير ذاتي للمعنيين يضاف إلى ذلك استبيان مطابق للمواقف المطابقة في الطفولة (Adam et al.,2002). وفي مراجعة دوبفنر وليمكول وشتاينهاوزن (Doepfner, Lehmkuhl & Steinhausen,2006) تم عرض الاستبيانات قيد التطوير حول التقييم من قبل الآخر والتقييم الذاتي الاسترجاعي والراهن للراشدين باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD). ويدمج مقياس التقدير الذاتي لروسلر (Roesler et al.,2004) محكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10. وأظهرت النتائج حول الصدق وجود ثبات جيد في الإعادة، وارتباطاً مع أبعاد الشخصية "العصابية" وارتباطاً سلبياً مع أبعاد "التحمل" "ويقظة الضمير". وبالنسبة لكلا البعدين الآخرين من العوامل الخمسة الكبرى (Borkenau & Ostdorf, 1993) الانبساطية و"الانفتاح على الخبرات" لم تكن هناك أية ارتباطات. وشملت عينة الثبات 30 مريضاً بتشخيص من الآي.سي.دي. العاشر ICD-10، بينهم 15 مريض باضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) في سن الرشد. وبلغ حجم عينة دراسة الصدق 250 مفحوص، بينهم 40 شخص سليم كعينة ضابطة. ومن بين المرضى كان هناك 42 شخص عولجوا في طفولتهم بسبب اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD). ولم يتم عمل تفريق فيما يتعلق بالمجموعات الفرعية. وتراوح التطابق بين مقياس التقدير الذاتي وقائمة التشخيص بين الجيدة حتى الممتازة (Roesler et al.,2004).

ويمثل كل من مقياس براون لاضطراب الانتباه ADD-Scale (Brown,1996) ومقياس كونرز للراشدين لتقدير اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD) (Conners et al.,1999) ومقياس نقص الانتباه للراشدين Attention Deficit Scale for Adults (Triolo & Murphy,1996) أدوات تقييم ذاتي لقياس الإشكالية الراهنة. وحسب كراوزة وكراوزه (Krause & Krause,2003) لا توجد نسخة ألمانية إلا للمقياس الأخير. والمعايير مأخوذة من عينات الولايات المتحدة الأمريكية. كذلك قام باركلي وموري (1998) بتجميع مواد للراشدين يمكن استخدامها لدراسة تاريخ المرض ولتقييم الذاتي وللتقييم من الآخر.

6.2 أدوات سيكومترية

بغض النظر عن أنه لا توجد بالنسبة للراشدين سوى دراسات قليلة، فإن التقديرات هنا تشبه تلك التي للأطفال. إذ يمكن لاختبارات الانتباه والذكاء أن تقدم معلومات حول المتغيرات الاستعرافية ويمكن للسلوك في أثناء الاختبار أن يكون مفيداً جداً فيما يتعلق بمحكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR. وقد أظهرت دراسة باختبارات مختلفة (اختبار شخصية واختبار انتباه والتعلم اللفظي) على 78 مريض باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) قيماً ملفتة للنظر إكلينيكياً، الأمر الذي يشير إلى أنه من الممكن التمييز بين المرضى ADHD والمفحوصين الأصحاء بمساعدة هذه الاختبارات (Downey et al.,1997). وعلى أية حال فقد أظهر مرضى ADHD مع وجود اختلاطية قيماً أسوأ من أولئك الذين ليس لديهم اضطراب إضافي. وهذا يوضح أنه حتى في مجال الرشد يمثل الصدق التفريقي للأدوات السيكومترية مشكلة أساسية و– كما أشرنا في الفقرة 6.1– بأن للتشخيص التفريقي أهمية مركزية.

وبما أن غالبية الاضطرابات النفسية مقارنة باضطرابات ADHD لا تتجلى بداية إلا في وقت لاحق، ينصح مورفي وغوردون (1998) في التشخيص التفريقي استخدام وقت ظهور الاضطراب كمحك حكم أساسي. إلا أنه فيما يتعلق بالاضطرابات ثنائية القطب لا يمكن استخدام هذا المحك إلا بدرجة محدودة، لأن نتائج البحث الأحدث (Geller et al.,2002; Geller et al.,1998) تنطلق من أن الاضطرابات القطبية قد تتجلى منذ الطفولة أيضاً. لهذا ينصح باستخدام سمات من نحو الطبع الدوري ومرض ثنائي القطب في الأسرة والاستجابة الجيدة على الليثيوم كمحك تفريق بين ADHD والاضطرابات ثنائية القطب.

إلا أنه من الممكن كذلك أن يظهر كلا الاضطرابين مع بعضيهما. ففي دراسة لوايلنز وآخرين (Wilens et al.,2003) كانت محكات كلتا الصورتين المرضيتين محققة لدى 24 مريض من أصل 51، ولدى 60٪ من هؤلاء المرضى المختلطون قد تم تشخيص

كلا الاضطرابين منذ الطفولة أو اليفوع لديهم. ويتصف المرضى المختلطون أن النمط المشترك من ADHD[1] كان موجوداً لديهم وحققوا محكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR أكثر. وهناك تباين كبير في البيانات حول كم عدد مرضى ADHD الذين لديهم أمراض أخرى: فحوالي 15٪ حتى 75٪ مكتئبون، وبين 30٪ و50٪ لديهم شخصية مضادة للمجتمع، و10٪ حتى 90٪ اضطرابات تعلم؛ وحتى 25٪ لديهم اضطراب قلق إضافي (Kratochivil et al.,2002). وفي منشور أبكر ينطلق بيدرمان وآخرون (Biederman et al.,1993) من أن 23٪ فقط من الراشدين ككل الذين لديهم ADHD ليس لديهم مرض إضافي. ولا تتوفر تفسيرات واضحة لهذا التباين وسعة حجم التأرجح. والنقص الذي أشرنا إليه بداية في البيانات الجائحية يقيد من القوة التنبؤية لمثل هذه النتائج. ويشير ريزنيك (Resnick,2000) للأخذ بعين الاعتبار أنه من الممكن للاضطرابات المختلطة أن تكون في الغالب اضطرابات ثانوية، أي نشأت كاستجابة للضغوط من خلال ADHD.

6.3 أدوات بيوعصبية

لا يمكن تكرار الفروق التي تم الحصول عليها لدى الأطفال واليافعين في سمات التخطيط الكهربائي للدماغ (أنظر أعلاه) لدى الراشدين. فعلى الرغم من أن الراشدين يظهرون مقارنة بمفحوصين أصحاء وبالأشخاص الذين لديهم بعض أعراضADHD فقط، نسبة أقوى عموماً في الحصيلة المطلقة على كل موجات التردد (ديلتا، ثيتا، ألفا، بيتا) ونشاط مرتفع في نشاط ثيتا، إلا أنه في مجال بيتا النسبية فإن الحصيلة منخفضة بشكل غير ملفت للنظر مقارنة بالأطفال الذين لديهم ADHD (Bresnahn & Barry,2002). وفيما إذا كان يمكن تفسير التعارض بتراجع فرط النشاط في سن الرشد واعتبار النتائج حول الحصيلة المطلقة الأقوى كنوع من المعلم البيولوجي طوال الحياة،

(1) Combined ADHD-Typus

فإن هذا لا يمكن الحكم عليه إلا وفق دراسات معيارية أخرى، وبشكل خاص حول حساسية ونوعية القيم بالنسبة للراشدين.

7- أمثلة حالات

تم إحضار أطفال الأمثلة التالية من قبل والديهم بهدف التوضيح التشخيصي لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD). فبعد الاتصال الهاتفي الأول تم إرسال الاستبيانات التالية للوالدين:

- استبيان تاريخ المرض
- سمات السلوك في اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (Lauth & Schlttke,2002)، بينها نموذج للمعلمين.
- استبيان ضغط المشكلة وتكرارها (Eyberg & Pincus,1999)، بينها نسخة للمعلمين.
- استبيان أسلوب التربية (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker,1993; Germany Miller, 2000)

ومع الأطفال جرى تطبيق بطارية اختبارات لاختبار الانتباه (TAP; Zimmermann & Fimm,2002) واختبار ويكسلر-هامبورغ لذكاء الأطفال (HAWIK-III; Tewes et al.,2002).

7.1 مروان: تشخيص إيجابي خطأ

النمو في سن الرضاعة والطفولة المبكرة والتطور المدرسي

يذكر والدا مروان البالغ من العمر (11 سنة) أنهم يرغبون بالبحث عن المساعدة بسبب مشكلات مروان في التعلم ويتساءلان فيما إذا كان لديه اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD). ففي عمر الست سنوات وثمانية أشهر التحق بالمدرسة. وفي السنوات الثلاثة الأولى من المدرسة كانت نتائجه سيئة جداً. وغالباً ما اشتكى المعلمون

لأنه كان يلعب دور مهرج الصف ويشوش الدرس. وبعد الكثير من التمرين تحسنت نتائجه. وفي هو الآن في الصف الخامس وعلاقته جيدة مع زملاءه ومعلميه. إلا أنه مازال يعاني من مشكلة في القراءة. ويظهر هذا أيضاً في أن مروان مازال لم يتعلم قراءة العلامات الموسيقية بعد ثلاث سنوات من التمرين على البيانو- وما زال يعزف بشكل "سماعي". علاماته المدرسية جيدة، إلا أنه كان على الأم أن تدربه كثيراً، الأمر الذي غالباً ما قاد لنزاعات. كان نموه في سن الرضاعة والطفولة غير ملفت للنظر. وكانت متكيفاً جداً مع أترابه ومربيته في الحضانة.

ما يميز مروان أنه لا يحب التعلم والعمل أبداً، في رأسه الكثير من الأمور في الوقت نفسه، ويظل متوتراً داخلياً ويبدو وكأنه "مخبول". ومن ناحية أخرى لديه مطالب عالية جداً من نفسه ويحبط بسرعة، إذا لم ينجح بشيء ما مباشرة.

تقدير الوالدان والمعلمون

حسب تقدير الوالدان والمعلم فقد بلغت شدة ضغط المشكلة (8) وتكرارها (124) وهي واقعة ضمن المجال الطبيعي. وبلغت قيم أسلوب التربية (2.33 على مقياس التساهل) و(2.5- على مقياس الاستجابة المفرطة) و(2.4- الدرجة الكلية) وهي قيم واقعة تحت القيمة الحرجة. وأظهر فحص محكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR بالنسبة لمجال عدم الانتباه أربعة محكات وبالنسبة لمجال فرط النشاط/ الاندفاعية محكان اثنان. كما كانت قيم المعلم دون الحد الملفت للنظر أيضاً. كما ذكر المعلم مروان يضع نفسه تحت ضغط مرتفع للإنجاز ويصاب بالإحباط بسرعة عندما يفشل. كما يلفت النظر بأنه كثيراً ما يبدو منسحباً وغير واثق وخجولاً، ولديه صعوبات في إقامة اتصال مع زملاءه. ويتعاون مروان شفهياً بشكل كبير ويبدي أداء جدياً. أما الأداء الكتابي وبشكل خاص في مادة اللغة فإنه دون المتوسط.

نتائج الاختبارات

في مقياس وكسلر للذكاء حصل مروان على معامل ذكاء لفظي بلغ 104 ومعامل ذكاء عملي 103. وكانت نتائجه في اختبار TAP في المجال المتوسط. أما الأداء في اختبارات الكتابة التي أجريت بالإضافة إلى ذلك فقد وقعت عند المدى الميئيني 98 وهي ضمن المدى الأعلى للمعيار الصفي. أما في اختبار زيورخ للقراءة فقد كانت درجة مروان تحت المتوسط بوضوح وغير متناسبة مع سنه. فهنا أظهر مروان صعوبة في فهم المعنى وقراءة غير مناسبة (تكرار تخطي أحرف منفردة).

خلاصة

لم يتم التمكن من استخلاص دلائل على وجود اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) من بيانات الوالدين والمعلمين ونتائج الاختبارات. ويشير القصور في أداء القراءة إلى وجود ضعف في القراءة على شكل ضعف جزئي في الأداء (الإنجاز). وقد تكون الإخفاقات الناجمة عن ذلك والمرتبطة مع المطالب العالية التي يتوقعها مروان من نفسه السبب الكامن خلف الشذوذات السلوكية التي كانت موجودة في المدرسة وعدم الرغبة (عدم الدافعية) القائمة دون تغيير التي ذكرها الوالدان.

نصائح

1- إجراء علاج سلوكي مع التركيز على ضعف القراءة وتمارين الثقة بالنفس وتنظيم مستوى المطالب (الطموح).
2- جلسات مع الوالدين والمعلمين من أجل إطلاع المعلم على كيفية التصرف وتشجيع التعاون بين الوالدين والمعلمين.
3- تدريب الكفاءة الاجتماعية
4- نقل "تمارين المساعدة على التعلم" إلى شخص مدرب مناسب، من أجل التخفيف عن الأم وتخفيض احتمالات الصراع الأسري.

7.2 عدنان: تشخيص سلبي خطأ = تشخيص إيجابي

النمو في سن الرضاعة والطفولة المبكرة والتطور المدرسي

ذكر والدا عدنان البالغ من العمر ثماني سنوات أن سبب الاتصال يرجع إلى تزايد مشكلات ابنهم في المدرسة. وقد لفت النظر في استبيان النمو أنه قد حصلت لعدنان في سن الطفولة المبكرة عدة حوادث، من بينها سقوطه على درج باب البيت أو سقط عند تسلق الشجرة. وهو منذ سن الرضاعة والطفولة المبكرة كان نشيطاً جداً، وكان "يتعفرت" كثيراً في الخارج، ويحتاج لوقت طويل للنوم ونادراً ما كان نومه مستمراً، ولم يكن يستمر في اللعب أبداً، وإنما كان انتباهه يتشتت بسهولة ويستسلم بسرعة عندما لا ينجح في شيء ما. وفي الحضانة قلما وجد أصدقاء، بل كانت هناك شكاوى متعددة من المربية والأهل الآخرين، لأنه لم يكن يحافظ على القواعد ويزعج الأطفال الآخرين في أثناء اللعب. وفي سن الست سنوات وأحد عشر شهراً دخل المدرسة، وهو الآن في الصف الثاني من التعليم الأساسي. وقد ظهرت أولى المشكلات في الأسابيع الأولى من المدرسة، فحصلت لهذا السبب عدة حوارات مع الوالدين. وعلاقته متوترة جداً في الوقت الراهن مع المعلمين والزملاء.

وحتى في البيت لفتت نزعة عدنان للحركة النظر. ولكن بما أنه توفر له مكان كاف للتنفيس، فلم تحصل أية مشكلات جدية. علاقة الوالدان بعدنان جيدة، خاصة بالأب لأن عدنان غالباً ما كان يساعد أبيه في الحقل وساحة الدار.

تقدير الوالدان والمعلمون

بلغت درجة ضغط المشكلة وتكرارها وفق بيانات الوالدين (8 للضغط) و(105 للتكرار) وهي واقعة هنا تحت الحد الملفت للنظر. أما أسلوب التربية فقد بلغت درجاته (2.5–مقياس التساهل) و(2.2 مقياس الاستجابة المفرطة) و(2.6 الدرجة الكلية) وهي جميعها واقعة تحت الحدود الحرجة. وقد أظهر فحص محكات المحققة الدي.أس.أم.

DSM-IV-TR لمجال عدم الانتباه ستة وخمسة بالنسبة لمجال فرط النشاط/ الاندفاعية. وفي الجلسة مع الوالدين التي أعقبت ذلك أكد الوالدان على أن شذوذات عدنان السلوكية لا تقود للتضرر إلا في المجال المدرسي فقط. وهما نفسيهما لا يعانيان من أية مشكلات مع "خصائص" عدنا - كما ظهر في استبيان النمو. كما وقعت قيم بيانات المعلم فوق الحد الحرج، وبشكل خاص بالنسبة لمجال فرط النشاط والاندفاعية، كما ذكر المعلم بأن عدنان يشوش المجرى العام للدرس بسبب عدم هدوءه الحركي ويشتت التلاميذ الآخرين. كما أنه كثيراً ما لا يلتزم بالقواعد، كأن يأتي بعد الفسحة متأخراً للصف أو يقول شيئاً ما دون أن يكون قد طلب منه ذلك. أما العلاقة بالتلاميذ الآخرين فهي متوترة: فعلى الرغم من أن عدنان يحاول بين الحين والآخر إقامة اتصال معهم إلا أنه غالباً ما يكون فجاً، إذ يقحم نفسه فجأة في اللعب ويزعج. أما أداءه المدرسي فهو دون الحد المتوسط عموماً.

نتائج الاختبارات

في اختبار ويكسلر لذكاء الأطفال حصل عدنان على معامل ذكاء عام يبلغ 124، وفي معامل الذكاء اللفظي على درجة مقدارها 125، وفي الذكاء العملي على درجة مقدارها 117. وفي موقف الفحص كان من الصعب عليه أن يظل جالساً على الكرسي. فقد كان يقف مراراً ويحرك الكرسي أو يطرق بقدميه على الأرض. وكان أداؤه على اختبار TAP في مجالات عدة في المدى الميئيني أقل من 15 وهو واقع في المجال تحت المتوسط. وهنا أظهر عدنا أوقات استجابة متباطئة وغير ثابتة وعدد كبير من التخطي والأخطاء، مع العلم أن الأخطاء كانت أكثر.

خلاصة

تظهر بوضوح من بيانات المعلم دلائل على وجود اضطراب الانتباه وفرط النشاط (ADHD). أما بيانات الوالدين بالمقابل فهي غير واضحة: إذ تؤيد بيانات استبيان النمو

وعدد المحكات المحققة في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR، والتي شملت مجال "عدم الانتباه" و"فرط النشاط" على حد سواء، وجود ADHD لديه حيث كانت هذه البيانات فوق الحد الحرج. إلا أنه لابد من أن نأخذ بعين الاعتبار بأن الوالدين لا يريان وجود تضرر في المجال المنزلي، وإنما في المجال المدرسي فقط. وقد انعكس هذا في استبيان آيبيرغ وفي التقرير الشفهي. كما أن منح تشخيص ADHD في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR يشترط أنه لابد وأن تتوفر تضررات في عدد من المجالات الحياتية (كالمدرسة والبيت). ولكن إذا ما أخذنا بيانات المعلم بعين الاعتبار (التضرر في المدرسة وفي التعامل مع الأتراب)، فإنه يمكن اعتبار هذا المحك محققاً. ويمكن تفسير الوضع غير الإشكالي في المجال المنزلي بأسلوب الوالدين الملائم في التربية والمحيط الموجود، الذي يستوعب مشكلات عدنان. وتشير نتائج اختبار الذكاء إلى أن انخفاض الأداء المدرسي تحت المتوسط بقليل لا يرجع إلى فرط المطالب المعرفية. وتشير النتائج على TAP إلى قصور في كل المظاهر المفحوصة (من بينها الانتباه الموزع، الاستثارة [التحفز]، تبديل مركز الانتباه). وتشير تأرجحات الاستجابة والعدد المرتفع بشكل ملفت للأخطاء إلى استنتاج نقص واضح في ضبط الدافع.

نصائح

1- إجراء علاج سلوكي مع التركيز على ADHD (وفق لاوث وشلوتكه، 2002 على سبيل المثال)؛ والاتصال في هذا السياق بالمعلم - وملاحظة السلوك في المدرسة إن أمكن-.

2- جلسات مع الوالدين والمعلمين بهدف تحفيز التعاون بين الوالدين والمعلم؛ وفي مقتضى الحال معلومات وإرشاد المعلم في التعامل مع أطفال ADHD

3- تدريب المهارات الاجتماعية

4- التنمية الهادفة لموارد عدنان التي تتجلى بشكل خاص في المحيط المنزلي، بهدف التثبيت طويل الأمد للتفاعل الإيجابي بين الطفل ووالديه وتنمية قيمة الذات لدى عدنان.

8- استنتاجات

8.1 ما الذي يجعل من تشخيص اضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) صعبا إلى هذا الحد

على الرغم من نشاطات البحث الواسعة حتى في مجال تطوير الإمكانات التشخيصية لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) تظل هناك سلسلة من الصعوبات:

- لم يتم التمكن حتى اليوم من تحديد متغيرات استعرافية ولا معلمات فيزيولوجية أو عصبية، يمكن بمساعدتها طرح تشخيص نوعي وحساس كفاية.
- التعريف الملزِم الوحيد لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) يعتمد على الدي.أس.أم. DSM-IV-TR أو الآي.سي.دي. العاشر ICD-10. ويتصف الاضطراب بعدد كبير من المتغيرات المختلفة على المستوى الاستعرافي والحركي والدافعي-الانفعالي. وهذا التنوع يقود إلى التداخل مع الأعراض الأخرى، الأمر الذي يجعل من التشخيص التفريقي صعباً ومهماً بشكل خاص (قارن الحالة الأولى).
- تتأرجح الأعراض في تكرارا ظهورها وشدتها تبعاً لعوامل مختلفة: فإذا ما شكل الموقف الذي يتم طرح التشخيص فيه، بالنسبة للمفحوص نوع من التغيير وحظي بالانتباه الخالص للفاحص، أو كان الموقف مبنياً، فقد لا تظهر الأعراض. كما يمكن للظروف الملائمة جداً في البيت الأسري أو المدرسة أن تقود إلى ألا تظهر الأعراض على الإطلاق أو تظهر بصورة مخففة. وبهذا فلا يتحقق شرط وجود تضرر في مجالين من مجالات الحياة، وبهذا قد يكون التشخيص المطروح تشخيص سلبي خطأ (قارن الحالة رقم 2).
- وطالما لم يتم توضيح المنشأ المرضي والقصور الأساسي، يظل السؤال الذي ينبغي البحث عنه في التشخيص وبأي شيء يختلف أطفال ADHD عن المجموعات الإكلينيكية الأخرى، مفتوحاً.

8.2 طرق للتشخيص الجيد في البحث والممارسة

إعادة النظر في محكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR

يطالب كل من كاري (Carey,2002) وباركلي (Barkley, 2003) بإعادة عميقة للنظر في محكات الدي.أس.أم. DSM-IV-TR. والمطالب الأساسية هي:

- التعيير الإجرائي للمحكات، عدم وجود صياغات تحتاج إلى تفسير.
- عمل معايير خاصة بالجنس أو التوزيع المتساوي للجنسين في دراسات التعيير. ونظراً لحقيقة أن العدد اللازم للمحكات التي يفترض تحققها يقترح فيرون وآخرون (Faraone et al.,2000) الاستعاضة عن محكات نقطة القطع Cut-of-Criterion بالمعايير.
- بسبب التطابق الضئيل بين التقييمات من المجالات المختلفة لابد من الحصول على البيانات بشكل تجميعي.
- عمل معايير متعلقة بالسن، لأن لاضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) مجرى ديناميكي.
- إعادة فحص الارتباط بالعمر والحد الأدنى للمدة بالنسبة لوجود الأعراض.

تحسين الممارسة التشخيصية

لابد للطرقات نحو التشخيص الجيد في الممارسة أن تشمل النقاط التالية.

- على الممارس أن يعرف بأنه لا توجد اختبارات نوعية تتيح إجراء تشخيص واضح.
- لا يمكن للممارس الانتظار إلى أن يحقق البحث أهدافه المعروضة أعلاه. وعليه الانتقاء من بين الأدوات التشخيصية، وعليه في الوقت نفسه الوصول إلى تشخيص موثوق قد الإمكان.
- يوجد عدد كبير من الأدوات يمكن تحديد الأعراض النمطية لاضطراب ADHD وتقود للحكم فيها إذا كان هناك دلائل كافية على وجود ADHD.

- وتذهب نصائح كثير من الباحثين (Barkley,1998b; Goldstein,2003; Fisher & Barkley,1999) إلى أنه لابد من توسيع مصادر المعلومات قدر الإمكان (استبيانات، تقديرات من خلال الأشخاص المرجعيين المختلفين، اختبارات الانتباه والذكاء، ملاحظات السلوك، مشكلات العمل، بيانات حول أسلوب التربية الوالدية والضغوط التي يعانون منها من جراء المشكلة). إلا أنه لابد من الانتباه، بأن استخدام أكبر كم من الأدوات لا يقود بشكل آلي إلى تحسين صلاحية التشخيص. وهذا لا يحصل إلا إذا كانت أغلب المصادر تعطي بيانات ثابتة وصادقة.
- لابد من اختيار الأداة المناسبة تبعاً لخصوصيتها: ففي مقاييس التقدير لابد من تفضيل تلك المقاييس التي تسترشد بالاضطراب. وفي اختيار الأدوات الاختبارية وتفسير نتائج الاختبار لابد من الانتباه إلى أن هذه الاختبارات ليست مناسبة كثيراً للتشخيص التفريقي، بل تفيد أكثر في تقدير الأضرار المرتبطة بالاضطراب. وتمثل الأدوات التشخيصية ذات النوعية غير الباعثة على الرضا من المحكات مشكلة خاصة عندما يكون بالإمكان تصحيح الحكم التشخيصي. وينطبق هذا على سبيل المثال على البحث الإكلينيكي، الذي يتم فيه إلحاق المفحوص في مجموعة بناء على التشخيص. فالتشخيصات الخطأ تقود إلى تزوير النتائج ويمكن أن تكون لها عواقب أخرى. وتكمن ميزة الممارس في أنه لديه إمكانية استغلال المعلومات التي يكتسبها في مجرى العلاج في تفحص تشخيصه. والأخطاء التشخيصية هنا غير مرغوبة أيضاً، إلا أنها لا تعرض - طالما أمكن تصحيحها في الوقت المناسب- فاعلية العلاج للخطر.

خلاصة القول تنبثق مما قيل أعلاه أنه على عاتق البحث بشكل خاص، والممارسة أيضاً اعتبار المشكلات المذكورة حافزاً مستمراً بالنسبة لمحاولات الحل المتنوعة.

36- خلل التوتر العضلي والعرة والارتعاش

بيرند ليبلوف Bernd Leplow

1- مدخل

تلعب الأمراض العصبية في علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي دوراً متزايداً (Ceballos-Baumann & Guendel, 2006; Leplow & Paetow,2003; Paetow & Leplow,2003). وطبقاً لذلك فإن الحاجة واسعة للأدوات التشخيصية المبنية والمعيرة التي يمكن بمساعدتها تبرير التدخلات العلاجية النفسية ومرافقتها وتفحصها. وينطبق هذا الأمر من حيث المبدأ على كل الأمراض العصبية، إلا أننا سوف نتناول في هذا الفصل خلل التوتر العضلي Dystonia وأشكال العَرَّة والارتعاش المرتبطة في صورة التجلي المرضي ارتباطاً واضحاً بالحالة الانفعالية، وتمثل من هذه الناحية مؤشراً [مبرراً Indication] خاصاً للإجراءات العلاجية النفسية.

إلا أنه أيضاً يمكن أن تنبثق ضرورة القياس المنهجي والكمي لتأثيرات التدخل حتى بالنسبة للأمراض العصبية الأخرى. وهذا هو الحال على سبيل المثال بالنسبة لإعادة التأهيل المبينة على أساس نظرية التعلم للمرضى المصابين بالشلل أو في العلاج بالاستثارة لمرضى السبات أو في علاج مرضى الباركنسونية أو الصرع أو التصلب اللويحي المتعدد. ولهذا الغرض نحيل القارئ إلى كتاب المقاييس الشامل لماسور وآخرين (Masuer et al.,2000) . فهناك توجد مقاييس لقياس الأعراض المنفردة (كاضطرابات التشنج spasm والتيقظ[1] Vigilance أو اضطرابات التنسيق...الخ على سبيل المثال).

2- مثال حالة

لاحظت مساعدة طبيب أسنان تبلغ من العمر 32 سنة بعد الاستيقاظ صباحاً وجود سحب خفيف في العضلات اليسرى لقفا الرأس مرتبط بتقييد في الحركة، حيث شعرت بداية وكأنه "تشنج في الرقبة". إلا أنه ولمفاجئة المريضة لم يتراجع التشنج وإنما تطور خلال أسابيع قليلة بالتدريج إلى وضعية مؤلمة مائلة للرأس، لم يكن بالإمكان تصحيحها إرادياً إلا بصعوبة كبيرة. وعلى الرغم أنه تخللت هذه الأسابيع بعض الأيام الخالية من الألم إلا أنه عموماً حصل تطور حتى الوقت الراهن لصورة كاملة. وقد تمثل ذلك في انحراف طفيف لاتجاه الرأس نحو اليمين. إلا أن الأمر الضاغط كان مركب الالتواء للخلف Retrocollis component أي شد الرأس نحو للخلف، ولم يكن بالإمكان تجليس الرأس إلا لدقائق معدودة بجهد كبير. وبعد التوقف عن بذل الجهد تعود عضلات الرقبة خلال دقيقة أو دقيقتين للالتواء نحو الخلف من تلقاء نفسها، والرأس يدور في الوقت نفسه نحو اليمين.

كانت البداية النموذجية لالتواء الرقبة أو المسمى " داء الصعر التشنجي الناشئ

---

(1) الاحتراس أو التنبه أيضاً.

من تلقاء نفسه idiopathic torticollisspasmodic" (G24>3)مرتبطة بشدة في وضوحها الإكلينيكي بعوامل انفعالية وموقفيه. فقد قادت مواقف مطالب حركية (منها الطريق الطويل للمشي، مزينة الشعر، الجلي...الخ) واستعرافات عن الأداء وضغط الوقت (كتوقع قدوم ضيوف على سبيل المثال) ومواقف ملاحظة اجتماعية (في العمل، في المقهى، في السينما، في التسكع في المدينة...الخ) مباشرة لزيادة الصورة المرضية سوءاً، في حين كان يقود الاستلقاء على الصوفا وغياب مواقف الجهود والتوتر المذكورة مباشرة لتخفيف الأعراض بشكل واضح. كما كان الكحول (2-3 كؤوس من الشمبانيا) يخفف من الأعراض الإكلينيكية بشكل مستمر بحيث أنها كانت تتمكن من تجاوز "المواقف الصعبة". ولم يكن الارتباك يقتصر على الإعاقات الحركية، التي جعلت ممارسة المهنة صعبة جداً، وإنما كانت "الإهانات" الحساسة كبيرة أيضاً. فكثيراً ما تم اتهام المريضة من محيطها بسبب النقص المفترض في تحكمها بنفسها ("آن الأوان لتكوني على ما يرام"[1] وغيرها). وكنتيجة لذلك حاولت إخفاء "المشكلة" بقدر ما تستطيع. فإذا لم يكن ذلك ممكناً ("بالأمس كادت زميلتي أن تشير لذلك في الممر")، كانت تستجيب المريضة بهلع كبير وتشتت مفرط. وبالنتيجة أصبحت في مجرى المرض القائم منذ سنتين حتى الآن تأخذ إجازات مرضية. وفي هذه المراحل كانت تقضي معظم الوقت مستلقية بشكل خامل على الصوفا مع عدم تغير الأعراض الطبية عملياً.

أظهرت درجة شدة الصعر التشنجي (مؤشر تسوي Tsui-Index أنظر لاحقاً) درجة متوسطة الارتفاع بلغت (16) (المدى بين صفر و25). وأظهر التشخيص البُعدي Dimensional Diagnostic وجود بروفيل ضغوط عامة مرتفعة (FBL-W) وقيماً مرتفعة دالة في مجال "التجسيد" و"عدم الثقة" و"الاكتئابية"، و"القلق" و"القلق الرهابي" (SCL-90-R). وظهر في بروفيل الشخصية غير الملفت للنظر كلية (باستثناء: انخفاض

---

(1) "بالعامية خلصنا بقى"

في "التوجه نحو الإنجاز" FPI-R) في عادات المواجهة بشكل متزايد استراتيجيات إنكارية وتجنبيه ("تمويه الأعراض من خلال المقارنة مع الآخرين"؛ "صرف الانتباه عن المواقف"؛ SVF) واستراتيجيات أخرى معطوبة [مختلة الوظيفة] ("الانشغال الفكري المستمر").

وفي تشخيص السلوك وجدت عدد كبير من المواقف الإشكالية المسببة للتزايد قصير الأمد لسوء الأعراض: الذهاب مشياً، قيادة السيارة، الجلوس ساكنة، الجلي، الوقوف لفترة طويلة من دون حركة، الطبخ...الخ). وكانت التوقعات النوعية كالحوار مع المدير والتحضير لقدوم الضيوف والإحساس بضغط الوقت هي أقرب للمواقف الإشكالية الداخلية. وعلى مستوى المنبه كانت هذه عبارة عن مطالب حركية، تلك التي تجبرها على الحفاظ الطويل على استقامة الرأس من جهة، ومن جهة أخرى مخاوف أخرى ملموسة من نحو أنه من الممكن لشريك تفاعل مقيم من قبلها على أنه مهم أن يلحظ عدم تحقيق هذا الهدف على سبيل المثال. وفي مجرى الوقت توسعت مثل هذه المخاوف لتشمل عدداً كبيراً من المواقف الاجتماعية. وطبقاً لذلك مالت المريضة باطراد لتجنب مثل هذه "المواقف الضاغطة" الأساسية.

وكانت الاستجابة الإكلينيكية أسوأ، عندما تكون المريضة منهكة، وتشعر بالتعب، ولم تنم جيداً أو كان استعدادها العام للاستجابة العضلية واضحاً. فإذا ما تم التأثير على "متغيرة العضوية" بدلاً من ذلك من خلال تناول الأدوية (Atosil[1] وMusaril[2]) (أو الكحول، كانت الأعراض تخف. إلا أن مرحلة تراجع تأثير الكحول كانت تقود إلى زيادة قصيرة الأمد للأعراض سوءاً.

وعلى جانب الاستجابة كان يحصل ارتجاف للأيدي والصوت ومشاعر دوار

(1) عقار يستخدم كمضاد للباركنسونية

(2) من المهدءات النفسية Tetrazepam

ودوخة وشعور بالضغط خلف الأذنين. وعلى المستوى الاستعرافي كانت تنهمر على المريضة باستمرار أفكار من نحو "الكل يراني" أو "كم هو محرج !" بالإضافة إلى نشوء مشاعر اليأس ("عندئذ لا أستطيع أن أفعل شيئاً ضد ذلك"!) وعدم الصبر والغضب ("ألا يوجد يوم وحيد أكون بخير!").

أما استجابة السلوك فكانت بداية في محاولة تجليس الرأس من خلال تدوير عضلات الرقبة. فإذا لم تنجح - وهو الحالة الغالبة-، ازداد التوتر بشكل ملحوظ، ويفشل الفعل الحركي الدقيق المقصود، وتبكي المريضة في الغالب، وتترك الموقف. ومؤخراً أصبحت تتجنب كلية مواقف مثل قيادة السيارة (أو الركوب فيها) والرحلات والتسوق والنزهات والذهاب لصالون التزيين والمناسبات الثقافية والتسكع في المدينة.

أما العواقب التفاعلية فتألفت لوقت قصير من مشاعر التخفيف، يعقبها بوقت قصير ملاحظة ذاتية نقدية متزايدة واتهامات للذات مصبوغة عدوانياً وميل غير نوعي للشكوى "النصيب". وعلى المدى القصير تم اللجوء باطراد إلى محيط فقير بالمثيرات الأمر الذي قاد على المدى البعيد لوحدة قاتلة. وبعد أن كانت العواقب التفاعلية بداية إبداء التفهم التعاطفي، ازدادت فيما بعد الاستجابات العدوانية غير الصبورة والمتخفية باطراد، وهو ما قاد في النهاية إلى انفصال شريكها عنها. وأخيراً أصبحت حبيسة البيت وقلما خرجت واقتصر يومها على الاستلقاء الصوفا أو في السرير طوال اليوم. وفي النهاية قلما أصبحت تخرج من البيت وتم اتخاذ وضعية رعاية بقضاء يومها مستلقية على الصوفا أو في السرير. وعلى الرغم من أنها بهذا قد تملصت من "عطبها الحركي" ووضعها المهني ومشاعر الحرج المحتملة في المحيط الخارجي، إلا أن سلوك التجنب الواضح قاد إلى التعميم في إدراك المنبه الحرج، الأمر الذي اتسع ليشمل عدداً متزايداً من المواقف. ومن خلال نقص التدريب الواقعي انخفض الاستعداد الفعلي في التعامل مع المواقف الحرجة بالمقدار نفسه الذي ارتفع فيه تفاقم الأعراض.

وقد تم ترميز عملية الأرجحة هذه بالآي.سي.دي. العاشر F45) ICD-10 /DSM)

(316 مع "عامل المرض الجسدي" (هنا G23.3). ولا يوجد رهاب اجتماعي بسبب اقتصار عدم الثقة على الأعراض العصبية. وقد تم التفكير من الناحية التشخيصية التفريقية فيما إذا كان يوجد اضطراب التكيف في شكل "استجابة اكتئابيه أطول زمنياً". وعلى الرغم من أن محك السنتين كان محققاً على الحد، وإلا كان التشخيص الذي سيعطى هو اضطراب عسر مزاج [F34.1; DSM 300.4] مع Z86.6 [أمراض الجهاز العصبي وأعضاء الحس"]، إلا أنه في اضطرابات التكيف لابد للاضطراب النفسي أن يكون نتيجة مباشرة للمرض - وهنا المرض الجسدي-. وفي الدي. أس أم (DSM: 316) و الآي. سي. دي F54 فإن الأمر الحاصل بالعكس: فالاستجابة النفسية تقود بوضوح إلى زيادة الصورة المرضية الطبية سوءاً (وهذا الازدياد سوءاً يؤثر بدوره على السلوك، الذي يؤثر بدوره بشكل سلبي على الأعراض الجسدية ...الخ). ولكن بما أن المريضة كانت قادرة بطريقة غير متضررة على التذبذب انفعالياً ومقدار أعراض الصعر التشنجي الإكلينيكي مستثار بوضوح من خلال السلوك المعطوب [المختل وظيفياً] فإنه قد تم إعطائها بداية التشخيص F54.

وطبقاً لذلك قاد التدخل السلوكي الاستعرافي مع التركيز على تطوير الكفاءة في المواقف الاجتماعية الحرجة بالنسبة للمريضة بالارتباط مع تدريب "عكس العادات habit reversal" إلى تحسن واضح للوضع (أنظر مثال مشابه لدى Leplow & Ferstl, 1999). بالإضافة إلى ذلك قادت حُقَنْ البوتولينيوم Botolinum-Injection في عضلات الرقبة المفرطة النشاط إلى تحسن الأساس العصبي للمرض، بحيث عادت المريضة للانخراط الكامل في الحياة الاجتماعية واستطاعت بناء علاقة زوجية جديدة. وعلى الرغم من أنه لم يعد بالإمكان ممارسة مهنتها الأصلية التي تتطلب مهارات عضلية دقيقة إلا أنها وجدت مهنة باعثة على الرضا في الاستقبال في مركز عمليات خارجي.

3- صور المرض

3.1 خلل التوتر العضلي

مرض خلل التوتر العضلي Dystonia هو اضطرابات وظيفية للعقد القاعدية، والتي تقود إلى شذوذات حركية فريدة، ومعذبة في الغالب وأحياناً تبدو شاذة، في الأطراف أو الكتفين أو في عضلات منفردة أو في مجال الرقبة والرأس. وتصاب هنا مسارات محددة بدقة من الوظائف العصبية، التي تتراجع من مناطق محددة في اللحاء ما قبل الجبهي عبر الجسم المخطط Striatum والتالاموس إلى اللحاء الجبهي. وعلى الرغم من تهدم الخلايا العصبية الانتقائي وبشكل خاص في الصَّعَرُ[1] torticollis خاصة في الجسم المخطط من الدماغ Striatum وفي المجالات تحت القشرية subcortical الأخرى فإنه لا يوجد تضرر شديد في الخميرة أو الأنزيم[2] Substrate (كما هو الحال على سبيل المثال في الباركنسونية الأساسية). وبدلاً من ذلك يوجد هنا تناقص في المخرج الكابح للغدد القاعدية، الأمر الذي يقود لكبح التالاموس وفرط نشاط لاحق لمسارات الوظائف المعنية في المناطق المحيطية ما قبل الجبهية التابعة لذلك (Conrad & Celallos-Baumann,1996). وبهذا تنتج الصورة المرضية من اضطراب عصبي في الوظائف، يتجلى إكلينيكياً في تأرجحات قوية مرتبطة بالموقف والانفعال للشذوذات الحركية. ويشكل ارتباط الحالة العصبية بالموقف أساس التدخلات العلاجية النفسية (Leplow & Paetow,2003; Leplow, 2007a,b; Leplow,2008).

يمكن لخلل التوتر العضلي أن يظهر في أي مرحلة عمرية وأسبابه غير معروفة في الغالب (ذاتي المنشأ[3] idiopathy). وتنقسم إلى شكل "شائع" وشكل "غير شائع"

---

(1) الصعر تشنج في الرقبة يصعب معه الالتفات.

(2) (*substrate*):*الأنزيم المادة* المتفاعلة هي المادة التي يشتغل عليها الانزيم (الركيزة)، أو المادة الخاضعة لفعل خميرة ما.

(3) علة ناشئة ذاتياً من سبب مجهول

(متقطع أو متفرق sporadic). وخلل التوتر "الأعراضي" أو "الثانوي" الأندر (أنظر جدول 1) هو في العادة غير مهم من الناحية العلاجية النفسية ، كونه من الممكن علاجه سببياً ("Causal"). وعلى الرغم الإمكانات الجيدة نسبياً للعلاج الأعراضي للأشكال ذاتية المنشأ بتكسين-البوتولينين[1] Botolinum-Toxin، والذي يكبح تحرير

---

(1) السم البوتيليني BTX أو البوتوكس هوسم عصبي حيوي كامن ويترافق مع جائحات مميتة ناجمة عن التسمم الغذائي به نتيجة أكل المعلبات الفاسدة غالبا وله أيضاً دور علاجي مميز .

تحرى الأطباء استخدام النمط المصلي أ (BTX-A) في المرضى المصابين باضطرابات عصبية منذ عام 1970 ، بينما أكدت FDA عام 1989 فائدة BOTOX (BTX-A) من شركة Allergan لمعالجة الحول ، تشنج الأجفان واضطرابات العصب السابع. وتم بعد ذلك دراسة مدى واسع من التطبيقات المختلفة لـ BOTOX لعقود عديدة.

تنتج المثبطات الوشيقية (Clostridium botolinum جراثيم إيجابية الغرام، لا هوائية مشكلة للأبواغ) بروتينات خارجية ذيفانية متعددة . إن الذيفان الخارجي الأثبت والأقوى هو BTX-A ، والجرعة المميتة الوسطية منه في القردة هي تقريباً 39 وحدة/ كغ . أما عندما تحقن للإنسان فتكون الجرعة المميتة تقريباً 2500-3000 وحدة . يؤدي BTX-A إلى تأثيراته السمية العصبية بتثبيط النقل المشبكي بالنهايات العصبية الكولينرجية . عندما يتداخل مع النهايات قبل المشبك فإنه يمنع التحرر خارج الخلوي للأستيل كولين . أما التأثيرات الجانبية فهي محدودة بالجهاز العصبي المحيطي وتحدث بشكل أساسي بالوصل العصبي العضلي ، لكن يمكن للنهايات العصبية العقدية أن تتأثر أيضاً.

حالما يؤثر على النهايات العصبية في الوصل العصبي العضلي فـإن BTX-A يزيل تعصيب الألياف العضلية ويسبب شللا " رخوا" . بعد الحقن بـ 2-3 أيام تقريباً فإن BTX-A يسبب ضعفا" عضليا" مميزا" ، ويحدث الشلل التام نموذجياً خلال 10 أيام وإن نزع تعصيب الوصل العصبي العضلي لا يسبب ضررا" دائما" للنهاية العصبية ويكون عكوسا" . يمكن للعضلة غير المعصبة أن تضمر بعد التحريض بـ BTX لكن تعيد تطوير حساسية النقل العصبي بإنتاج مستقبلات أستيل كولين خارج وصلية .

تنبت العصبونات الحركية أيضاً نهايات جديدة بحيث إذا أعطيت فترة كافية فإنها في النهاية تعكس الشلل. وفي الحقيقة ، عندما يحقن BTX-A في العضلات لغايات علاجية فإن فترة تأثيره تكون غالباً محدودة ببضعة أشهر.

لقد توسع عدد التطبيقات العلاجية لـ BTX بشكل كبير خلال سنوات من الدراسات على البشر حيث يعتبر الحقن الموضعي لـ BTX-A خط العلاج الأول لخلل التوتر البؤري لتشنج الأجفان ، الصَعَر Torticollis وخلل توتر الحنجرة بالإضافة إلى الحول . يمكن لهذا العلاج أن يؤخر أو يسيطر على الحاجة للإجراءات الجراحية لدى عديد من المرضى ، وبالتالي خفض المخاطر المتعلقة بالجراحة.

كما يمكن للمرضى الذين لا يتحملون الجراحة أن يستفيدوا من هذا الإجراء ، علماً أنه لا يصحح الخلل العصبي بل يؤدي لزوال مؤقت في الأعراض.

الأسيتيلكولين في الأغشية قبل المشبكية وبالتالي تتم إعاقة نقل المولدات الكولينية بين العصب والعضلة بصورة عابرة (إبطال عصبي موضعي Local Denervation)، فإن خلل التوتر العضلي يعد مرضاً مزمناً، يقود أحياناً إلى أضرار حركية وانفعالية واجتماعية شديدة. وتأثير العلاج الطبي لا يستمر إلا لأسابيع محددة بعد ذلك يرجع عمل عصب Renervation الألياف العضلية الجانبية (التبرعم أو الإيراق sprouting)، وتستعيد الألياف العصبية الأصلية وظائفها ثانية، بحيث لابد من إعادة العلاج بعد حوالي ثلاثة أشهر. عدا عن ذلك لا تقود الآثار العلاجية المباشرة لدى غالبية المرضى إلى الشفاء الكامل ولدى حوالي 5٪ تتطور معاندة تدريجية. أما الطرق الأحدث من "استثارة الدماغ العميق" فلا يمكن الحكم عليها في الوقت الراهن في خلل التوتر العضلي بشكل نهائي. كما لا يقود التحسن بالصدفة إلى تحسن حالة التكيف الاجتماعي النفسي (Mueller, et al.,2002) .

ومن بين المحكات العامة لخلل التوتر العضلي الارتفاع اللاإرادي في التوتر العضلي للعضلة المعنية والانكماش المشارك للعضلة المضادة[1].. وهذه الأخيرة تعزى إلى انخفاض الكبح المبادل [المتعاكس]. وتظهر صورة المرض إما على شكل "اضطرابات وقوف ارتعاشي" أو "شذوذات حركة ارتجافية". وتكون مجريات تحريك الحركات الإرادية البطيئة هي المتضررة بشكل خاص. وعملياً تزداد الأعراض الارتجافية دائماً عند الاستثارة الانفعالية وتوجيه الانتباه وكم مختلف من المنبهات المختلفة (Jahanshahi, 2000). ويمكن للاسترخاء العميق أو التركيز أن يخفف الشدة. كما أن مجموعة من الخدع الحركية والتنبيهات الحسية ("المعاكسات الحركية gest Antagonistic") يمكن أن تحسن الأعراض على المدى القصير – وإن كان تأثيرها مؤقتاً–.

(1) Co-Contraction of antagonisticmuscle

جدول (1) أهم أشكال خلل العضلات التوتري والعرات والارتعاش

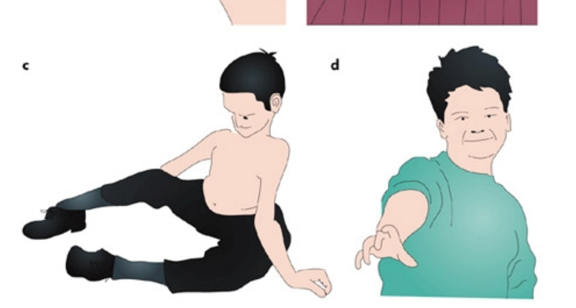
- **خلل العضلات التوتري** Dystonia
  - الصعر التشنجي torticollis spasmodicus [تشنج في الرقبة يصعب معه الالتفات] (الرقبة المائلة)
  - تشنج الكتابة
  - تشنج الجفن blepharospasmus
  - بحة الصوت التشنجية spasmodic dysphonia
- **اضطرابات العرة** Tic-Disorder
  - اضطرابات عرة عابرة
  - عرات مزمنة حركية أو لفظية
  - متلازمةجيلديلاتوريت[1] Gille de la Touette syndrome
- **أشكال الارتعاش**
  - الارتعاش الفيزيولوجي
  - الارتعاش الأساسي essentially Tremor
  - الارتعاش القيامي [الخاص بالوقوف orthostatic Tremor]
  - الارتعاش التوتري Dystonic Tremor
  - ارتعاش هدوئي
  - ارتعاش دماغي Cerebral Tremor
  - ارتعاش هولمز Holms Tremor ("اتعاش دماغي أوسط")
  - اتعاش الحلق

---

(1) أو بالفرنسية مرض العرات العَرَّات maladie des tics

- ارتجاف في إمراضية الأعصاب المحيطة
- ارتجافات متعلقة بالمهمات والوضعية tasks- and position related Tremors
- ارتعاش ناجم عن المواد (العقاقير غير القانونية والسموم)
- ارتجاف نفسي المنشأ

وحسب أي من المسارات الوظيفية المارة بين مقاطع محيط الدماغ والباحات تحت القشرية المصابة، المُنَظِّمة لمناطق الجسد التي تكون مصابة تحصل اضطرابات تشنج في أجزاء الجسد المختلفة (أنظر الجدول 2). وبسبب تكرار ظهورها سوف نقتصر فيما يلي على توضيح الصعر التشنجي [تشنج الرقبة] وتشنج الكتابة وتشنج الأجفان. أما أمراض التشنج الأخرى فهي نادرة لهذا تم الاقتصار على ذكرها في الجدول.



الصعر التشنجي (المترجم)

خلل الحركة التشنجي الثانوي ظاهرة منتشرة نسبياً. وحسب أفضل الدراسات الجائحية المتوفرة في الوقت الراهن فإنها تبلغ في أوروبا 152 حالة من بين كل مليون شخص، ويطابق هذا الرقم – محسوباً على السكان الألمان البالغ عددهم 80 مليون تقريباً– حوالي 12160 مريض (ESDE,2000). وهناك تقديرات أقدم من بريطانيا تقدر نسبة الانتشار بـنسبة أعلى تبلغ 296/ في المليون، أي 23680 مريض (Marsden & Quinn,1999). وباستثناء تشنج الكتابة فإن غالبية خلل الحركة التشنجي أعلى بين النساء (حتى حوالي 1.92:1؛ Soland, Bhatia & Marsden,1996). إلا أنه علينا

أن نأخذ بعين الاعتبار بأن النساء يلجأن في هذه الأمراض للعلاج أكثر من الرجال. ويتم باطراد افتراض وجود إسهام وراثي في التسبيب، غير أنه يتم افتراض وجود نفوذية[1] Penetrance ضئيلة جداً (Maniak et al., 2003).

الجدول (2): التصنيف العام للصعر التشنجي (عن Fahn,1988)

1- حسب السن
• اليافعين Juvenile (حتى سن 12 سنة)
• المراهقين (حتى سن العشرين)
• الراشدين
حسب الأسباب
• ذاتي المنشأ (متفرق sporadic أو مألوف familiar)
• أعراضي Symptomatic
حسب الأعراض (أنظر أيضا جدول 3)
• موضعي [بؤري focal]
• مقطعي Segmental
• متعدد المواضع
• نصفي
• معمم

(1) Penetrance النفوذية: القدرة النسبية للجينة أو المورثة على إحداث أثرها الخاص على الكائن الحي التي هي جزء منه.

3.1.1 الرقبة المائلة (الصعر التشنجي)

نتحدث عن الصعر التشنجي عندما تصاب عضلات الرقبة والكتف بخلل في التوتر العضلي. ومن خلال انتشار مفترض مقداره 1.1 شخص من كل مائة ألف من السكان (أي حوالي 900 شخص في ألمانياً؛ Deuschl,1989) وانتشار مقدر بحوالي 89 مريض في كل مليون شخص (يطابق حوالي 7120 مريض؛ Marsden & Quinn,1990) فإن الأمر يتعلق بأكثر أمراض التشنج انتشاراً. ويمتد العدد بين 5.9/ 100000 (4720 مريض؛ Pekmezovic et al., 2003) أو 57/ مليون (4560 مريض ESDE,2000). وتقدر نسبة خلل الحركة التشنجي الموضعي بنسبة متوسطة تبلغ 10.1/ 100000 (8080 مريض؛ Castelon et al., 2002) أو 117/ مليون (9360 مريض؛ ESDE,2000). وبما أن هذه البيانات تم الحصول عليها من خلال مركز العلاج بالبوتولينيوم وهناك الكثير من المرضى الذين لا يعالجون أو يعالجون بطريقة خطأ فلا بد من اعتبار النسب المقتبسة على أنها تقديرات دنيا.

وفي الحالة النموذجية فإن الرأس في خلل التوتر العضلي الموضعي" هذا يدور إلى الجانب (نحو اليمين مثلاً) ويميل في الوقت نفسه على " الجانب المعاكس (على الكتف الأيسر على سبيل المثال). كما يمكن للراس أن ينحني للأمام أو للخلف. ويمكن للأعراض أن تكون مثبتة، بحيث أن المعني لا يستطيع تجليس الرأس أبداً أو لا يستطيع إلا بعد جهد كبير. إلا أنه قد تظهر أشكال متغيرة، تقود إلى الفقدان الكلي لحركات الإسناد، بحيث أنه ينبغي تثبيت الرأس باستمرار. وهنا تكون العضلة الصدرية[1] [القص الضليعي] ("حانية الرأس") التي يمدها العصب الدماغي XI ، العصب الثانوي Nervus eccessorius، والممتدة من عظم القص إلى مجرى السمع الخارجي "Processus mastiodeus"، وكذلك العضلة شبه المنحرفة الكبيرة Musculs trapezius للكتف وعضلات مختلفة عميقة للرقبة (منها العَضَلات الطَّاحِلَة الرَّأْسِيَّة splenius capitis).

---

(1) Musculus sternocleidomastoideus

وعلى الرغم من أن المرض يظهر في أي سن إلا أنه يفضل السن بين 30 و40 سنة. ونسبة النساء المصابات أعلى من الرجال في بعض الأحيان. ويتصف المجرى الطبيعي، الذي أصبح نادر الملاحظة بسبب الفاعلية العالية إلى حد ما لأشكال العلاج "الأعراض" المستخدمة في الوقت الراهن، بتنوع شديد ضمن السنوات الخمس الأولى، وثبات على أعلى مستوى من الوضوح خلال السنوات الخمس اللاحقة وتناقص بطيء لشدة الأعراض خلال بقية الحياة. إلا أن المرض لا يختفي من تلقاء نفسه بشكل كامل من دون علاج. وعلى الرغم من أنه قد تظهر مراحل من التحسن تستمر لسنوات عدةإلا أن المرض يعاود للظهور ثانية. واستناداً إلى قابلية العلاج فإن ما ذكر عن خلل التوتر العضلي في الجزء العام ينطبق هنا.

وعلى الرغم من التراجع الواضح للأعراض بنتيجة العلاج بالبوتولينيوم إلا أن الضغوط النفسية الاجتماعية للمرضى تظل شديدة وقلما ترتبط بدرجة الإعاقة القابلة للقياس (Papathanasiou et al.,2001; Ben-Shlomo et al., 2002; Camfield et al., 2002). وعبر مجرى مكون من خمس سنوات يبدو 75٪ من المرضى قد استفادوا من العلاج بشكل جيد جداً، والنسبة الباقية إما أنها لا تحقق نتائج باعثة على الرضا أو يطورون مقاومة أو تظهر لديهم تأثيرات جانبية غير محمولة (Jankovic,2004). وليس من النادر أن تقود الاتجاهات الخاطئة إلى آلام ثانوية ومشكلات في الجهاز العظمي، وهي تمثل أيضاً أنزعاجاً جمالياً وخيماً، وتقود لدى كثير من المرضى في المهنة إلى قيود كبيرة (عمل الكمبيوتر!) وتضر بالعلاقات البين إنسانية والأدوار الاجتماعية ("إعاقة handicap "). يضاف إلى ذلك أن الأعراض تزداد سوءاً في أي شكل من المطالب وتظهر حالة التوتر الراهن مثل مرسام الزلازل seismograph. وبالتالي يزداد تجنب المواقف الاجتماعية بشكل خاص. أما المشكلات الناتجة فهي الأضرار الانفعالية الشديدة على شكل قلق اجتماعي واكتئابيه واكتئاب (Ben-Shalom et al., 2002; Guendel et al.,2001; Moraru et al.,2002). وهذا يترافق من جانبه مع حساسية أشد للضغوطات (المرهقات Stressors) الاجتماعية النفسية، بحيث تزداد الأعراض سوءاً

بسرعة عبر تأثير الحلقة المفرغة لتتجاوز درجة التسبيب الطبي (Leplow & Paentow, 2003; Leplow,2007a,b). وحسب شايدت وآخرين (Scheidt et al., 1998) فقد شعر 84.6٪ من أصل 256 مريض تم سؤاله في استبيان شامل أنهم معزولون اجتماعياً، و80٪ منهم حدوا من نشاط وقت فراغهم و56٪ عزلوا نفسهم اجتماعياً وحوالي 20٪ تقريباً ابتعدوا عن أصدقائهم وحوالي 51٪ ذكروا وجود تأذي كبير في عملهم. ومن ناحية السياسة الصحية فإن التقاعد المبكر لنسبة مقدارها 23.4٪ من هذه المجموعة الشابة نسبياً على درجة من الأهمية.

وقد أمكن تأكيد هذه الملاحظة في دراسة مضبوطة بشكل جيد (Guendel et al., 2001): فقد تمت مقارنة 116 من المرضى الذين لديهم خلل في التوتر العضلي مع عينة ضابطة قوامها 483 من خلال المقابلة الإكلينيكية المبنية (SCID(Wittchen et al.,1997. ووجد لدى نسبة مقدارها 41.3٪ من المرضى ميول رهابية اجتماعية كانت مستقلة عن شدة المرض. وكان بشكل خاص أسلوب المواجهة والعزو المميز لمرضى الاكتئاب مؤشراً تنبؤياً. وبشكل عام كان الانتشار بالنسبة للميول الرهابية الاجتماعية مرتفعاً أكثر بعشرة أضعاف وبالنسبة للاضطرابات الوجدانية حوالي 2.4 ضعف وللانتشار الطبي النفسي مدى الحياة حوالي 2.6. وتتطابق هذه النسب بشكل جيد مع دراسة شبيهة التصميم أصغر بكثير بلغت 40 مشاركاً، والتي وجدت بنتيجتها أعراض القلق لدى 40٪ وأعراض الاكتئاب الأساسي لدى 37.5٪ من المرضى(Mararu et al., 2002) . إلا أنه لا توجد لدى مرضى خلل التوتر العضلي تغيرات ثانوية في الشخصية (من بينهم Jahanshahi & Marsden,1988a). وبدلاً من ذلك تمثل التغيرات الانفعالية في الغالب استجابة على المرض وعلى تأرجحات أعراضه التي لا يمكن السيطرة عليها في الغالب. وعليه فقد تم الاستنتاج في عدد كبير من أعمال النفسانية البريطانية جاهانشاهي Jahanshahi أن قيم الاكتئابية المرتفعة لمرضى خلل التوتر العضلي ترجع للانفعالات السلبية الناجمة عن الأضرار الجمالية الوخيمة والمشكلات الواقعية في الحياة اليومية (Jahanshahi & Marsden,1988b; Jahanshahi, 1991,2000) أما الرؤية القديمة لتصنيف

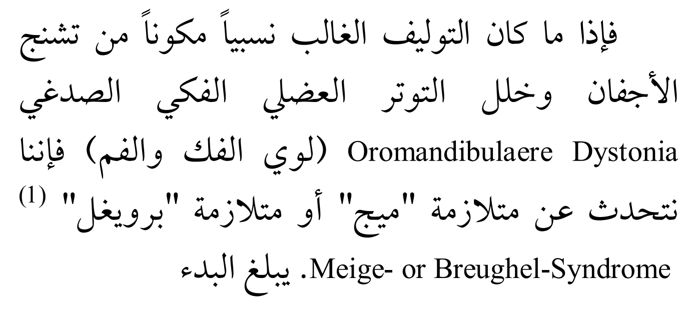
خلل التوتر العضلي ضمن اضطرابات التحويل فقد تم تجاوزها بناء على تقدم المعارف الأدق حول فيزيولوجية الغدد القاعدية[1] وإمرضيتها الفيزيولوجية (أنظر أعلاه). كما يتم تفسير الملامسات الخفيفة لجلد الوجه أو مسكات أخرى مساعدة والتي يمكن من خلالها تحسين الأعراض لثوان أو دقائق (ما يسمى الحركات المضادة Gest "antagonistique) على أساس خصائص التكامل الحركي-الحسي الذي يتم إيصاله عبر الغدد القاعدية.

3.1.2 تشنج الأجفان

في تشنج الأجفان يتعلق الأمر بخلل توتر عضلي موضعي، يحصل فيه انغلاق للأعين بشكل متقطع ومستمر. والتقلصات الجانبية للعضلة الدائرية العينية [العضلات التي تحيط بالعين بشكل دائري] Musculus orbicularis oculi غالباً ما تكون ذات طبيعة توترية Tonic ، وأحياناً أيضاً ارتعاشية clonic. ومن السهل تفريق الحالات "نفسية المنشأ" عن تشنج الأجفان التوتري من خلال التغيرات النمطية لمنعكس الرؤية. وفي تشنج الأجفان فإن سن الظهور المتوسط يقع أعلى من الأشكال الأخرى لخلل التوتر العضلي الموضعي. ويقدر الانتشار بـ 3.1/ 100000 (2489 مريض في ألمانيا؛ Castelon Konkiewitz et al., 2002). وتتراوح النسب بين 1.9/ 100000 (1520 مريض؛ Pekmezovic et al.,2003) مروراً بـ 16/ مليون حتى 133/ مليون (1280-10640 مريض). إلا أن الانتشار البالغ 36/ مليون واقعياً (2880 مريض؛ ESDE,2000).

---

(1) Basal Ganglia أو **basal nuclei** هي مجموعة من النوى (عقد هي مجموعة من أجسام الخلايا)داخل المادة البيضاء في الدماغ .العقد القاعدية هي جزء من الجملة خارج الهرمية. (الصورة المرفقة من المترجم)

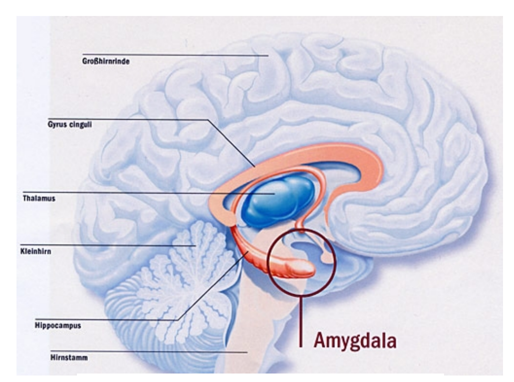


فإذا ما كان التوليف الغالب نسبياً مكوناً من تشنج الأجفان وخلل التوتر العضلي الفكي الصدغي Oromandibulaere Dystonia (لوي الفك والفم) فإننا نتحدث عن متلازمة "ميج" أو متلازمة "برويغل" [1] Meige- or Breughel-Syndrome. يبلغ البدء



متلازمة ميج (المترجم)

المتوسط لمتلازمة ميج حوالي (52) سنة (Sharma et al.,1996) وهو أعلى من الأشكال الأخرى لخلل التوتر المقطعي الموضعي focal segmental Dystonia، حيث تكون قمة سن ظهور المرض في الأربعينيات تقريباً. ومن خلال الوصمة لا يقود تشنج الأجفان "للإعاقة" فحسب وإنما الإعاقة الحقيقية في درجاته الشديدة ("العجز disability")، لأن الإغلاق الدوري للأعين يؤذي الرؤية في كثير من وظائف الحياة اليومية ويمكن أن يقود للعمى الوظيفي. وغالباً ما تقود الوظائف ذات الطبيعة البصرية إلى الازدياد سوءاً، ويعتقد أن مراحل الانتباه المركز تقود إلى الإضعاف قصير الأمد. وفي هذا المرض أيضاً تؤثر بعض "الخدع" كوضع الاصبع على الجفنين أو التثاؤب. وهنا فإن العلاج الأساسي يكون بالبوتولينيوم.



اللوزة (المترجم)

(1) تقلص نصف الوجه.

3.1.3 التشنج الكتابي (تشنج الكتاب"Writer' cramp")

يعد تشنج الكتابة من ضمن "خلل التوتر الانشغالي"، لا يظهر إلا في أعمال محددة. وفي تشنج الكتابة لا تكون الحركات الدقيقة مضطربة عموماً. إذ بدلاً من ذلك تظهر تشنجات في الإصبع واليد، وذلك فقط عندما يراد كتابة شيء ما على سبيل المثال أو العزف أو في المهام ذات الطبيعة الأدائية. ويصاب الرجال بنسبة تبلغ ضعف النساء تقريباً. ويفترض وجود نسبة مقدارها 1.9/100000 (1520 مريض في ألمانيا؛ Pekmecovic et al.,3002)، 14/ مليون (1120 مريض، ESDE,2000) و69/ مليون (5520 مريض؛ Marsden & Quinn,1990). والوظيفية النفسية تتطابق إلى مدى بعيد مع تلك التي للصعر التشنجي. وأحياناً يحصل "التشنج الكتابي البسيط" في الكتابة فقط (أم التصرفات الشبيهة جداً)، ويتم التمييز بينه وبين "تشنج الكتابة التوتري"، الذي تتضرر فيه أيضاً أنشطة يدوية أخرى وتوجد فيه عند البدء بمحاولة النشاط تشنجات شديدة في عضلات اليد والذراع. وبسبب خصائص الحركة التوترية يتم اليوم اعتبار "تشنجات الانشغال البسيطة" الأخرى أيضاً كالعزف على سبيل المثال على أنها خلل توتري موضعي. وفي هذا الشكل غالباً ما يقود العلاج بالبوتولينيوم للتحسن الوظيفي . واليوم أمكن برهان أن هذا التحسن يترافق مع تحسنات في عمليات إعادة التنظيم في اللحاء الحركي الرئيسي (Byrnes et al.,1998).

3.2 اضطراب العرة

يمكن للعرات أن تكون عرضاً أو مرضاً مستقلاً بحد ذاته. والعرات انقطاعات نمطية [متكررة] فجائية وسريعة لنزوعات حركية أو لفظية لابد من فصلها عن الأمور الاعتيادية ("العادات habits"). فالعادات تنشأ من خلال عملية تعلم وتتطور بالتدريج على طريق عملية أتمتة ("تسلسل chaining"). أما ظهور العرات فيتزامن مع العوامل الموقفية والانفعالية، وبشكل خاص فإن أي شكل من التوتر يقود إلى التفاقم.

بالمقابل يمكن لصرف الانتباه والهدوء أن يضعف من العرات. وحتى عندما تكون العرات قابلة للقمع فإن السيطرة عليها ليست ممكنة إلا من خلال تدريب معاكس للعادة قائم على أساس تحليل السلوك (Azrin & Nunn,1973; Arzin & Peterson, 1988; Woods & Mittenberger, 1995).

وتميز منظومتا التشخيص الدي.أس.أم. DSM-IV-TR والآي.سي.دي. العاشر ICD-10 اضطرابات[1] العرات العابرة عن العرات الحركية واللفظية المزمنة وعن متلازمة جيلديلاتوريت Gilles de la Tourette syndrome . وكل العرات تبدي تنوعاً شديداً في ظهورها ومجراها. وهي تظهر كل يوم تقريباً، ومرات عدة في الغالب (أو عبر سنة كاملة بشكل متقطع). وتبلغ مدة الخلو من الأعراض ثلاثة أشهر. والتوتر المترافق معها كبير جداً ويمكن أن يقود لأضرار شديدة ولكن حتى قبل ظهور دفقات-العرات المنفردة يمكن عند الفحص الدقيق إيجاد حالات توتر واضحة وتظهر العرات قبل سن الثامنة عشر (اضطراب توريت Tourette يظهر في المتوسط بسن السابعة تقريباً). كما يتضمن اضطراب توريت دائماً عرة لفظية أيضاً (تصفير، طقطقة، عواء...الخ). ولدى حوالي 60٪ من المعنيين يظهر ما يسمى "بالفواحش أو القذارات Coprolalia"، التي يتم فيها النطق بكلمات من المجال الشرجي fecal والجنسي بشكل لا إرادي [لايستطيع المعني السيطرة عليها]. والعرات لاتتكون من استجابات ارتجاف [ارتعاش] أو رمش للعيون فحسب، وإنما يمكن تتجلى في اشد حركات القذف أو الضرب أو الدق. وتبلغ الاختلاطية مع الاضطرابات القهرية بين 40٪ حتى 60٪ تقريباً. كما أنه من اللازم استبعاد العرات الأعراضية (أي العرات التي ترجع لعوامل طبية أخرى أو لمواد خارجية).

(1) تبعاً للتقاليد أو الأعراف في علم النفس والطب فإن صور الشكاوى المصنفة بشكل أساسي على أنها "اضطراب نفسي" تطلق عليها تسمية "الاضطراب Disorder" وكل صور الحالات الأخرى "كمرض Disease".

ويبلغ انتشار اضطراب توريت حوالي 5/ 10000 شخص. وهذا يعني أنه يعيش في ألمانيا من سن الطفولة وحتى سن الرشد حوالي 40000 مريض. إلا أن المراجع الحديثة تشير إلى أن الانتشار يتناقص حتى سن الرشد. ويصاب الرجال أكثر من النساء بأربع مرات. والعرات المفردة أكثر تكراراً في سن الطفولة بشكل ملحوظ: فواحد من أصل خمسة أطفال لابد وأن يظهر في وقت من الأوقات من مجرى نموه عرة عابرة. بل أنه في دراسة على 1800 يافع فرنسي تم ذكر نسبة تبلغ 50٪. وبما أنه بالعكس تم تحديد لدى حوالي 50٪ من مرضى اضطراب توريت اضطرابات شبيهة باضطرابات الانتباه وفرط النشاط (ADHD) فإنه غالباً ما ينظر لاضطرابات الانتباه والاضطرابات القهرية والعرات وتوريت من خلال سلسة مكملة لبعضها. أما الأسباب فهي غير معروفة، غير أن دراسات التوائم تشير إلى تطابق يبلغ 77٪ (مقابل 22٪). وترتبط الجينة الوراثية السائدة Autosomal dominant لدى النساء 70٪ ولدى الرجال 99٪ بالنسبة "لأي نوع من العرات". ومن ثم فإن يمكن عد العرات حالات متطرفة من مراحل النمو العابرة في العادة. ويعتقد أن جينة واحدة هي المسؤولة عن نشوء اضطرابات العرة على الكروموزم 3 التي توجه نمو الغدد القاعدية والمناطق اللمبية، والتي تخضع لتحكم الهرمونات الجنسية. ومن الناحية التشريحية لوحظ في متلازمة توريت تقلص في حجم النوى الذيلية nucleus caudatus اليمنى ومقاطع البطينات اليسرى ventricle.

3.3 الارتعاش

غالباً ما يتعامل المعالجون النفسيون مع ما يسمى بالارتعاش "الأساسي"، الذي يظهر كمرض مستقل لأسباب غير معروفة. وفي نصف الحالات يظهر متكرراً في الأسر، لاسيما أنه أكثر تكراراً من ارتعاش باركنسون وتبلغ ذروة المرض فيه قبل سن العشرين وبعد سن الستين. وبتردد يصل إلى 6 هيرتز، وفي الضغوط المتطرفة بين 6–8 هيرتز يظهر في كلا الجانبين من اليدين، وغالباً في الرأس أيضاً (ارتجاف "نعم" أو "لا"). وكما هو الحال في الخلل التوتر العضلي يزداد الارتجاف عند التنشيط أو التوتر

النفسي ويتناقص بتناول الكحول. ولا يظهر في الهدوء أو لا يظهر إلا بشكل نادر وبشكل متصاعد بطيء. وفي الحالة العادية يظهر كارتجاف مسك أو فعل (وأحياناً بدرجات غير متسقة). ومن الناحية التشريحية المرضية يبدو أنه يرجع إلى فرط حساسية مستقبلات بيتا الأدرينالية وربما لتغيرات في الجزء المخطط Striatum. وغالباً ما يتم الخلط بينه وبين الارتجاف الناجم عن الكحول (أنظر أعلاه التشخيص التفريقي) والذي يظهر بشكل خاص في مواقف السحب الصباحي بشكل ناعم ويظهر كذلك في حالات الهدوء.

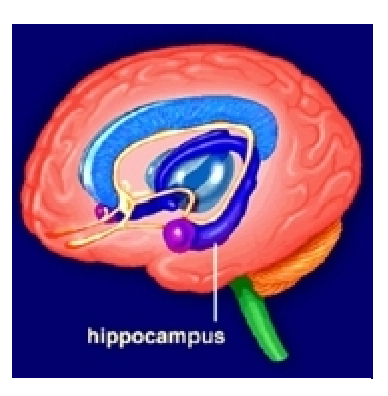
ويبلغ انتشار الارتعاش الأساسي essential Tremor لدى الأشخاص بعمر 65 تقريباً بين 1.5٪ (Louis et al.,2003) و4.8٪ (Benito-Leon et al.,2001)، ولدى الأشخاص بحدود 40 سنة حوالي 4٪ (Dogu et al.,2003). إلا أنه في مجموعة من الأشخاص بعمر 76 سنة أظهر 23٪ من المفحوصين أشكال خفيفة جداً من الارتعاش الأساسي (Elble,1998). ويبدو أن أكثر ما يظهر الارتجاف الأساسي في الرأس. والنساء أكثر من الرجال بأربع مرات (Louis,2003) ويحمل البيض على ما يبدو خطراً يبلغ خمس مرات أكثر (Louis, Fried et al.,2003). وقد تم ترجيح وجود عامل وراثي من خلال دراسة لويس ومجموعته (Louis et al.,2001). فقد تم تشخيص الارتجاف الأساسي لدى 22٪ من الأقارب من الدرجة الأولى لمرضى الارتجاف، في حين أنه شخص بالمقابل لدى 5.6٪ فقط من أقارب مجموعة ضابطة.

والأشكال المهمة إكلينيكياً للارتجافات غالباً ما تمثل انحرافات مرضية للارتجافات الفيزيولوجية. فهذا التذبذب البالغة شدته بين 8-12 هيرتز الضيق المدى عادة ما لا يكون ملحوظاً في الحالة العادية إلا عند وجود توتر متطرف. ويتجلى هذا التذبذب الأساسي الضروري للحركات الطبيعية شكل تعبيره في حالة المرض من خلال تحرير الموجه المركزي والتنشيط الودي المنطلق من خلال ذلك.

وعلى أية حال فإن الضغط النفسي في مرض الارتجاف واضح: فلدى حوالي ثلث

المرضى لابد من أخذ الميول الرهابية الاجتماعية ذات الأهمية الإكلينيكية بعين الاعتبار (Schneider et al.,2001). وقد قدم ليبلوف وفيرستل (Leplow & Ferstl,1999) مبدأ علاجياً نفسياً يقوم على الاستخدام المنهجي لتدريب "عكس العادات-habit reversal Training" مقابل "العجز disability" تقليصاً للإعاقات "handicaps".

وفي العصبية Neurology غالباً ما تظهر أشكال الارتجاف كعرض لمرض أساسي معقد من بينها أمراض المخيخ أو مسارات النخاع الشوكي أو الغدد القاعدية. وهذه الأخيرة تسهم على سبيل المثال في ارتجاف الهدوء البالغة شدته بين 4-6 هيرتز لمرض الباركنسونية، والذي يتوقف مباشرة يتم القيام بحركة إرادية. لهذا يحصل في البداية في تمارين الاسترخاء مع مرضى الباركنسونية ازدياد واضح ومسموع من الارتجاف، وبداية عند الاسترخاء العميق بشكل خاص للأطراف الخارجية المحورية [القريبة proximal) تتراجع هذه الأعراض-"الزائدة Plus-Symptomatic". وفي سنوات العمر المتقدمة يظهر ارتجاف الهدوء وبشكل خاص في الرأس وعضلات الوجه أيضاً "كارتجاف أساسي". وفي التقسيم التقليدي نجد ارتجاف العمل action tremor، الذي يختفي تحت شروط الهدوء ويظهر في حركات مختلفة غير هادفة. وفي ما يسمى "الارتجاف القصدي intention tremor" يتعلق الأمر بتسمية إشكالية لارتجاف (لأنه غير قصدي)، يظهر أشد مدى له في الحركات الهادفة. وهو عرض مميز لأمراض المخيخ. ويظهر ارتجاف المسك في إعصاب innervation العضلات ويختفي ضمن ظروف الاسترخاء. وفي الوقت الراهن تقدم التشخيص التفريقي للارتجاف كثيراً. ونجد عروضاً جيدة حول ذلك لدى (Deuschl et al., 1998; Deuschl et al., 2000; Dueuschl et al., 2001; Deuschl & Bergman,2002).

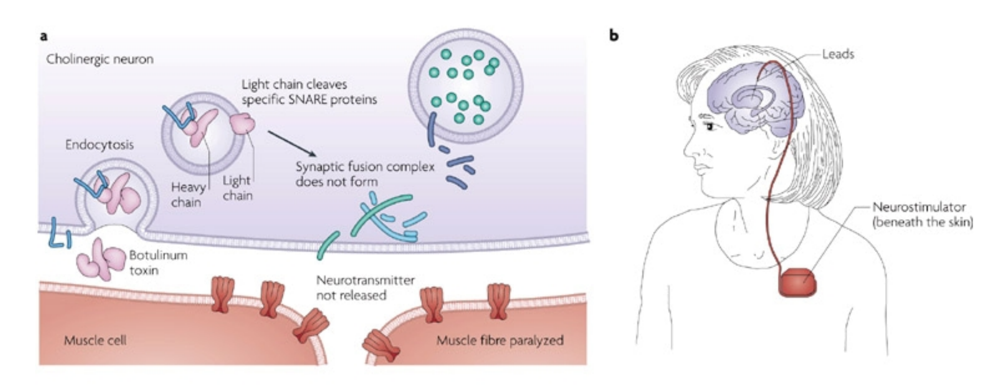


تلفيف حصان البحر (المترجم)

وبالنسبة للمعالجين النفسيين فإن ما يسمى الارتجاف نفسي المنشأ على درجة من الأهمية. وتطلق هذه التسمية الإشكالية إلى حد ما على تذبذبات الأطراف البعيدة Distal في الغالب (وبشكل أندر إلى حد ما في الرأس) الذي يعتقد بأنه ينشأ – كما هو الحال دائماً– بسبب مثير وتوجيه نفسي. وبغض النظر عن أن غالبية أشكال الارتجاف "العضوي" تتعدل بشكل كبير من خلال العوامل النفسية وبصورة مرتبطة بالموقف، فإن التوجيه النفسي بالأصل لحادث جسدي لا يتضمن بالطبع غياب فيزيومرضي لأنزيم substrate. وبغض النظر عن هذه الآراء الأولية فإن المحكات التالية تؤيد احتمال وجود "ارتجاف نفسي" (Deuschl et al.,2000; Deuschl et al.,1989):

- البدء المفاجئ، وغالباً في سياق الأحداث الحياتية الحرجة
- المجرى المتنوع مع ندرة التحسن
- في البداية تنشيط مشارك Coactivation لعضلات معصم اليد (في ارتجاف اليد)
- غياب ارتجاف الأصابع
- زيادة مدى الارتجاف عند الإرهاقات الفيزيائية للأطراف المطابقة.

وفي الوقت الراهن ينظر وبشكل خاص في ارتجاف اليد المستمر فقط حوالي 300 مل/ثانية، السابق للتنشيط المشارك التوتري للعضلات القابضة والباسطة لعضلات معصم اليد السابقة للتذبذبات الارتجافية الفعلية على أنها أهم محك تشخيصي تفريقي. بالإضافة إلى ذلك فإنه ليس من النادر له أن يختفي عند صرف الانتباه القوي وغالباً ما يمتلك "طبيعة تعبيرية. وهذا المفهوم الذي يغلب استخدامه في العصبية لابد من فهمه من الناحية النفسية بمعنى الوسيلة الموقفية والانفعالية situative and emotional Functionality. وبما أنه إضافة إلى ذلك غالباً ما تتم الإشارة إلى الأهمية الكبيرة



شكل يوضح استثارة تلفيف حصان البحر (المترجم)

"للأمراض السيكوسوماتية" و"الاضطرابات الوظيفية" والاستشارة المتكررة للطبيب والحالات المختلطة من الاكتئابية والمقاومة الناقصة للضغط التي يتم استخلاصها عن طريق تاريخ المرض (Deuschl et al.,1998)، فلا بد من استبدال تشخيص "اضطراب حركة تفككي" (F44.4) أو "اضطراب جسدي الشكل آخر" (F45.8) بالمفهوم الإشكالي "نفسي المنشأ Psychogenic". وبغض النظر عن الترتيب الأعراضي يتم في الوقت الراهن إجراء محاولات علاجية للأشكال المختلفة من الارتجاف من خلال استثارة عمق الدماغ[1].

(1) تحصل الاستثارة أو التنبيه في تلفيف حصان البحر (قرين آمون) الصورة من المترجم. ويحصل التنبيه من خلال زرع جهاز يعمل بالبطارية عند المنكب وتمرير سلك دقيق تحت الجلد سلك تحت الجلد ليصل إلى المناطق التي تستقبل الاستثارة في حصان البحر، ويتم إعطاء تنبيهات منتظمة (130 هيرتز) في تلفيف حصان البحر، وحسب الاستجابة يتم تعديل الشدة كل ثلاثة أشهر تقريباً. (الصور من المترجم).

4- التشخيص

4.1 التشخيص الأعراضي والسلوكي والقائم على التعديل

يبدأ كل تشخيص نفسي بالترتيب الأعراضي للصورة المرضية. وفي الاضطرابات التي نتناولها هنا لابد من توضيح (أنظر الجدول 3)، فيما إذا:

الجدول (3): تصنيف خلل التوتر العضلي وفق الأعراض (عن Fahn,1988)

خلل التوتر العضلي الموضعي	منطقة وظيفية:	الكتف	الصعر التشنجي
		الأجفان	تشنج الأجفان
		الذراع	تشنج الكتابة
		الحنجرة larynx	بحة الصوت التشنجية
خلل التوتر العضلي متعدد المواضع	على الأقل منطقتين وظيفيتين متجاورتين		
خلل توتر عضلي فصي (فلقي أو جزئي) segmentalDystonia	مناطق وظيفية متجاورة:	جمجمي (قحفي)	على الأقل مقطعين في الرقبة والكتف
		محوري axial	الكتف والجذع
		خييشومي branchial	الذراع والمحوري أو كلا اليدين مع أو من دون الكتف أو مع ومن دون الجذع
		رجلي (فخذي) crural	الذراع والرجل أو كلا الرجلين مع أو من دون الذراع
خلل توتر عضلي فصي [جزئي] فخذي	على الأقل خلل توتر عضلي فصي آخر		
خلل توتر عضلي نصفي Hemi dystonia		على جانب واحد Ipsilateral	الذراع والرجل
خلل توتر عضلي معمم		الأطراف	
		الجذع	
		الوجه	

- كان يوجد (أيضاً) اضطراب تكيف (F43.x;DSM 309.x)؛
- أو كان هناك تطور عن ذلك لاضطراب نفسي مستقل (ترميز مطابق زائد رمز-زد Z-Code من الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 في مقتضى الحال)؛
- أو كان يوجد اضطراب نفسي أساسي (وبشكل خاص من محيط الاكتئابات) كنتيجة مباشرة لإمراضية المواد (الخمائر أو الأنزيمات) الجسدية Pathology of somatic Substrates (على سبيل المثال F06.32; DSM293.83)؛
- أو كان هناك اضطرابات نفسية موجودة بشكل مختلط مستقل (الفئة المطابقة)؛
- أو كانت تحتل تفاعلات نفسية جسدية مركز الصدارة (F54;DSM316)؛
- أو كان يوجد عرض مستثار بالأدوية (G21.x, G24.0,G25.xDSM333.x) ؛
- أو فيما إذا كان هناك اضطراب ناتج عن مواد (F1x.3, DSM 291.xx, 292.xx, 304.xx, 305.xx).

ولن نتعرض هنا للحالة الخاصة القائلة أن الصورة المرضية للتعبير الأعراضي لمرض أساس عصبوني أو استقلابي (خلل التوتر العضلي كعرض مرض تخزين النحاس، داء ويلسون[1] Morbus Wilson على سبيل المثال)، باعتبارها صورة مرضية

(1) مرض ويلسون، مرض نادر الانتشار حيث يصيب فردا من كل 30000، هو خلل في أحد جينات الكروموسومات الجسدية، بحيث يتجمع النحاس في الأنسجة، وهذا يؤدي إلى عوارض عصبية وعقلية بالإضافة إلى أمراض الكبد، وعادة يتم علاجها بتقليل امتصاص النحاس أو بإزالة النحاس الزائد عن الحاجة في الجسم، ولكن في بعض الأحيان يكون هناك حاجة لعملية زراعة كبد. تنتج هذه الحالة بسبب طفرة في جين بروتين مرض ويلسون (ATP7B). هذا الخلل في نسخة الجين موجود في شخص واحد من بين مئة، ولكنهم لا يطورون أي أعراض للمرض، بحيث يكونون حملة للمرض، وإذا كان الطفل لأبوين يحملان الجين، ينتج عنه تطور مرض ويلسون. وقد تم اكتشاف المرض من قبل الطبيب البريطاني الذي وصفه أول مرة، وهو الطبيب الكسندر ويلسون (1878-1937) الذي اكتشفه عام 1912. ينتقل المرض بالوراثة

واقعة ضمن مجال العصبية. بالمقابل غالباً ما تحصل اضطرابات تكيف[1] كاستجابة وبشكل خاص على التضررات الجمالية aesthetic وكنتيجة لفقدان التعزيز المرتبط بالانسحاب. ولابد من طرح هذا التشخيص عندما يظهر في مجرى المرض الجسدي دلائل واضحة على تغيرات متزامنة مع الحالة الطبية والنفسية. وتظهر اضطرابات التكيف خلال شهر بعد حادث شديد الضغط نفسياً. ومن ضمن ذلك تقع أيضاً أمراض جسدية. وفي هذه الحالة يزول في الدي.أس.أم. DSM-IV-TR شرط الأشهر الستة من المدة كمحك زمني، في حين أنه في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 بالمقابل مسموح إطار زمني يبلغ سنتين فقط في "الاستجابة الاكتئابية الأطول". فإذا ما استمرت استجابات التكيف فلابد في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 من ترميز الاضطراب النفسي المطابق عبر التشخيص الأعراضي التابع له وإكمال الضغط النفسي الاجتماعي عبر "ترميز-زد Z-Coding " . ومن الأمثلة على هذا الترميز:

- مشكلات بالارتباط مع ممارسة المهنة والبطالة (Z56x;V62.2).
- مشكلات تكيف عند تغير ظروف الحياة (Z60.0; V62.89).
- صد اجتماعي ورفض (Z.60.4,Z63.8;V62.81).
- مشكلات في العلاقة مع (الزوج/ الزوجة) (Z63.0;V61.1
- أمراض الجهاز العصبي وأعضاء الحس (Z86.6).

---

(1) اضطرابات التكيف وفق التعريف الراهن في الدي أس أم الرابع DSM-IV هي ما كان يطلق عليه في الماضي تسمية الاستجابة الاكتئابية أو الاكتئاب الارتكاسي ، هو عبارة عن استجابة حزن، أو صدمة حضارية أو باختصار حدث حياتي مرهق أو تغير حياتي فاصل بما في ذلك الأمراض الجسدية لا يستطيع المعني التعامل معها. ومن أمثلته المشكلات الزوجية والأسرية أو فشل في الحب أو صعوبات في المهنة أو خسارة مادية أو تهديد صحي أو غيره. وغالباً ما يتعلق الأمر باستجابة قصيرة إلى متوسطة غالباً ما تكون اكتئابيه يائسة، أو قلقي أو محبطة أو مهينة أو متوترة أو مستثار أو عدوانية. وإما أن تتراجع المعاناة من تلقاء نفسها أو يمكن التخفيف منها علاجياً وبشكل خاص من خلال ما يسمى بالتدخل بالأزمات.

فإذا ما تصدر في حالات القلق وعدم الثقة قلق التقييم وكانت ميول التجنب مقتصرة على تأثيرات المرض العصبي المعني، فلا يتم طرح تشخيص القلق الاجتماعي. وفي الدي.أس.أم. DSM-IV-TR على الأقل تم بشكل واضح استبعاد أن يسود الصورة المرضية "عامل مرضي طبي" الصورة. وفي مثل هذه الحالة لابد من استخدام فئة الآي.سي.دي. العاشر ICD-10F45 أو فئة الدي.أس.أم. DSM-IV-TR316 مع تخصيص [تحديد] " الشكاوى النفسية" (أنظر أدناه).

وفي إطار استجابات التكيف على التغيرات الانفعالية الحاصلة فإنها غالباً ما تطابق الصورة الكاملة لاضطراب نفسي، وإنما تتجلى في شكل شكاوى نفسية كاكتئابية أو قلقية أو عدم ثقة. ومن أجل تشخيص هذه المجالات من الشكاوى لابد من استخدام المقاييس الشائعة كما هي مذكورة في دليل مقاييس CIPS لعام 2005 (Weyer,2005;) (أنظر أدناه). بالمقابل من المحتمل جداً أن يكون هناك اختلاطية بالصدفة، وذلك عندما يظهر في تاريخ المرض دلائل على أن الاضطراب النفسي المتشكل كاملاً قد كان موجوداً قبل فترة طويلة من المرض المعالج هنا. أما الاختلاطية بالصدفة للاضطرابات النفسية الثانوية التي لا تظهر في أمراض الدماغ التهدمية (داء باركنسون على سبيل المثال) كأعراض مرافقة مباشرة للباثولوجيا العصبية فمن الصعب تحديدها. ويحتمل أن مثل هذا "الاضطراب الناشئ على أساس......"، إذا تطور بالتدريج في سنوات ما قبل بداية المرض الطبي و لا يحقق محكات الاضطراب النفسي بشكل كامل وحمل صفات تجلي ومجرى غير نمطية.

بالمقابل فإن ما يسمى التفاعلات النفسية-الجسدية أكثر تكراراً ومميزة جداً بالنسبة لخلل التوتر العضلي والعرات وأشكال الارتجاف. وهنا تقود اضطرابات نفسية (كالقلق أو الاكتئاب...الخ) أو شكاوى نفسية كالاكتئابية والقلقية...الخ أو انفعالات أخرى مُنَشِّطة activation(أو كابحة deactivation) لتغيرات موقفية للصورة العصبية الإكلينيكية الظاهرة (في اضطرابات التكيف بالمقابل فإن التغيرات النفسية هي عاقبة

الصورة المرضية العصبية [أنظر أعلاه]. وفي الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 توجد هنا فئة هشة بحق F54، التي ينبغي أن تعطى مع الترميز الجسدي المعني من الفقرة G). وفي الدي.أس.أم. DSM-IV-TR يتم فيما يتعلق بذلك إعطاء تحديدات أدق عبر الفئة 316 ("عوامل نفسية، مؤثرة على العوامل المرضية الطبية"):

- اضطراب نفسي (اكتئاب على سبيل المثال)
- شكوى نفسية (اكتئابيه على سبيل المثال)
- سمة شخصية ومواجهة (الميل للتفكير الثنائي [إما أو])
- أنماط سلوكية خطيرة على الصحة (كالكحول على سبيل المثال)
- استجابات ضغط (عمليات أرجحة [تصعيد لولبي] فيزيونفسية).

ففي "الأنماط السلوكية الخطيرة على الصحة" لابد على سبيل المثال من مراعاة أن خلل التوتر العضلي والارتجاف الأساسي يتحسن بداية تحت تأثير الكحول – ومن ثم يولد في بعض الأحيان على المدى البعيد مشكلة أخرى. ومن الناحية التشخيصية التفريقية لابد بشكل خاص من فصل خلل التوتر العضلي عن الاضطرابات التحويلية والاضطرابات ذات الشكل الجسدي (تم التعرض "للارتجاف نفسي المنشأ في الفقرة 3.3). وعليه فعلى الرغم من أننا نجد في الآي.سي.دي. العاشر ICD-10 تحت فئة "اضطرابات من الشكل الجسدي أخرى") (F45.8) "الرقبة المائلة نفسية المنشأ"، والتي هي غالبية الحالات من الصعر التشنجي إلى مدى بعيد، إلا أنها ذات طبيعة ذاتية المنشأ وتمتلك كأساس اضطراب في الغدد القاعدية ويمكن التعرف عليها عبر الملاحظة الدقيقة لسمات اضطرابات الحركة العضلي التوتري dystonic Kinetic Disorder (أنظر أعلاه). كما أنه من الممكن أن يكون ضغط المعاناة بسبب الإعاقات الجمالية والاجتماعية والوظيفية الفعلية على تناسب مقبول مع الأساس الجسدي ولا يوجد "سلوك التأكيد [أو التغذية الراجعة التأكيدية]) المميزة للاضطرابات جسدية الشكل. بالإضافة إلى ذلك لا نجد في خلل التوتر العضلي على الإطلاق "اللامبالاة المحضة belle indifference"

لاضطرابات التحويل، أي وجود ابتعاديه انفعالية مريحة للمعني عن حالته الجسمية. بالمقابل تثير المعاناة المعذبة لدى مرضى خلل التوتر العضلي العجب، والتي تسود بغض النظر عن الغاية البين إنسانية للصورة المرضية. وطبقاً لذلك يظهر تحليل السلوك لدى هؤلاء المرضى تعلقيه واضحة بكم من الظروف المثيرة، في حين تلعب لدى مرضى خلل التوتر العضلي الآليات الإجرائية، في شكل نوع من الاهتمام المباشر على سبيل المثال، دوراً أقرب للثانوي. بالمقابل فإن هؤلاء المرضى يميلون إلى تجنب المواقف الاجتماعية بسبب الخجل وعدم الثقة ويؤزمون من خلال فقدان التعزيز الناجم عن ذلك ونقص التدريب الاجتماعي المتزايد حالتهم النفسية الجسمية. بالمقابل فإن القابلية للإيحاء [الإيحائية] ليست محكاً تشخيصياً تفريقياً صادقاً. فسواء الاضطرابات التحويلية أم أمراض الغدد القاعدية (أي خلل التوتر العضلي أيضاً) تستجيب للإيحاء. وتكمن آلية التأثير من بين أمور أخرى في تخفيض التوتر المولد عن طريق الثقة وتأثيراته على عمل التكامل الخاص لدوائر التنظيم المرتبطة بالغدد القاعدية (أنظر أعلاه).

كما أنه لا بد من فصل المتلازمات الناجمة عن المواد والأدوية. وبشكل خاص فإن أشكال الارتجاف غالباً ما نجدها في سياق سوء استهلاك الكحول والعقاقير، وبشكل خاص في مرحلة السحب. ومن جهتها فإن متلازمات خلل التوتر العضلي غالباً ما تكون ظاهرة مرافقة للعلاج بمضادات الذهان [المعقلات] والتي إما أن تظهر بعد بداية العلاج مباشرة أو بعد جرعة شديدة أو بعد توقيف الدواء وقد لا يكون الخلل عكوساً. ويمكن للارتجاف الناجم عن الدواء وبشكل خاص ارتجاف المسك الناجم عن الدواء أن يظهر عند إعطاء مضادات الاكتئاب أو الليثيوم أو الأدوية المولدة للأدرينالين-بيتا. وعلى أية حال يمكن توضيح هذه المتلازمات عبر المنشأ المرضي. وبالطبع لابد من التبرير الوافي بأن الصورة المرضية المفحوصة لم تكن موجودة قبل تناول المادة ولم تكن لتظهر من دونها (انتبه: التزامن بالصدفة coincidence!). إلا أنه في العادة فإن التعرف على هذه الاضطرابات سهل من خلال التاريخ المرضي.

ويعد تحليل السلوك في الاضطرابات التي نتناولها هنا على درجة من الأهمية. ويكمن سبب ذلك في تعلق صورة الشكاوى بالوقائع الانفعالية والموقفية، التي لا تولد في مجرى اليوم تفاقماً قصير الأمد فحسب وإنما تحسنات أيضاً. وبما أنه يتم توجيه هذه "التفاقمات exacerbation" و"التحسنات amelioration" من خلال درجة التوتر الفيزيولوجي النفسي، فإنه لابد من مراعاة متغيرة العضوية لنموذج SORCC بشكل هادف. وهي لا تشمل في هذه الصور من الاضطرابات بأي شكل من الأشكال الخصائص "التي تنتمي للشخص كلها"، وإنما عوامل التأثير البيو-فيزيولوجية المؤثرة في موقف محدد (كإضعاف استهلاك الكحول "الوقائي" الكثير من الخلل التوتري والشذوذات المرتبطة بالارتجاف على سبيل المثال). وفي إطار تحليل السلوك لابد إذاً من إجراء وصف واضح لدرجات الصورة المرضية النمطية والضعيفة والشديدة جداً حسب نموذج SORCC. وفي المعتاد يقود دمج نتائج التحليل المنفردة إلى عدد كبير من العوامل المثيرة والمحافظة على الاستمرارية، والتي تلعب في تفاعلها مع الوضع الفيزيونفسي (أي متغيرات العضوية i.e. O-Variable) الدور التعديلي modulation الحاسم.

بداية يحظى استخدام الدرجات الإكلينيكية بوظيفة مهمة بالنسبة لعرض الشدة. وعبرها لايتم تكميم التمايز الكيفي للصورة المرضية الحركية فحسب وإنما يتم بالإضافة إلى ذلك قياس الأضرار النفسية الاجتماعية والانفعالية. وفيما يتعلق بهذا فإن تقسيم منظمة الصحة العالمية إلى "الباثولوجية Pathology" (العملية المرضية الكامنة خلف الصورة المرضية) و"الضعف impairment" (الضرر العصبي الناجم)، و"العجز أو القصور disability" (فقدان الوظائف) و"الإعاقة handicap" (فقدان الأدوار الاجتماعية النفسية) على درجة كبيرة من الأهمية. وعليه لا يقود فقدان وظيفة محددة بالضرورة إلى إعاقة ومقدار الإعاقة غالباً ما يرتبط - كما هو الحال في صور الاضطرابات التي نتناولها هنا- بصورة واضحة دائماً مع مقدار الضرر العصبي (Papathanasiou et al.,2001; Ben-Slomo et al.,2002; Camfield et al.,2002). لهذا لابد

أن يقوم النفسانيون على الأقل بتكميم "القصور" و"الإعاقة" عبر الدرجات الإكلينيكية الخاصة أيضاً. مثال ذلك تمثل شذوذات الحركة في خلل التوتر العضلي "الضعف" (فيزيولوجيات مسارات path physiology الغدد القاعدية هي "الباثولوجيا")، والإعاقات المتكررة عند تناول الطعام والكتابة والعمل مثال عن "القصور" وإذا ما حصل من خلال ذلك فقدان الأدوار الاجتماعية في المهنة والمحيط الاجتماعي فإنه توجد هنا بشكل إضافي "إعاقة". إلا أنه هنا لا بد من الانتباه بأن كثير من الدرجات هي درجات متعددة الأبعاد وبسبب الجمع العادي للمجالات المختلفة من حيث النوعية فإن المعايير المألوفة في علم النفس فيما يتعلق بالصدق والثبات والموضوعية والحساسية لا تسري هنا. لهذا فإن كل معالجة قائمة على المتوسطات لمثل هذه الدرجات غير ملائمة على أية حال ويمكن أن تقود إلى أخطاء واضحة في التقييم التشخيصي لبيانات المجرى على سبيل المثال. ففي هذه الدرجات يتعلق الأمر _دائماً تقريباً) ببيانات تقود أساس "نطاقات Range" ولابد طبقاً لذلك من أن تتم معالجتها بالأساليب اللابارامترية [اللامعلمية]. وبالإضافة إلى ذلك لابد - بمقدار ما يكون ذلك ممكناً- من عدم استخدام الدرجة الكلية متعددة الأبعاد كما يتم في الغالب، وإنما استخدام الدرجات الفرعية الخاصة بكل مجال.

4.2 أمثلة حول الدرجات القائمة على التعديل والمستندة للاضطراب

في تكميم إشكالية خلل التوتر العضلي برهنت درجات تسوي وآخرين (Tsue et al., 1986) صلاحيتها بشكل خاص[1]. ويعد مقياس تسوي اليوم الأداة المعيارية في مرافقة العلاج بالبوتولينيوم. بالمقابل فإن مقاييس التقدير لفان (Fahn,1988) ومقياس تقدير تورنتو الغربية للصعر التشنجي TorontoWestern Spasmodic Torticollis Rating

(1) تم في النص دائماً اقتباس الأعمال الأصلية. ومن أجل تسهيل العمل الميداني غالباً ما تم ذكر تلك الدرجات التي تمت طباعتها في كتاب المقاييس المتوفر بشكل جيد لموسر وآخرين (Mauser et al.,2000).

Scale لكونسكي ولآخرين (Consky et al.,1990 أشمل. كلا المقياسين يقيسان إلى جانب البيانات حول اضطرابات الحركة المتعلقة "بالضعف Impairment" الأعراض الإضافية بشكل تفصيلي (الآلام، الشذوذات الحركية الإضافية) وعوامل تأثيرها (كالوقوف، المشي...الخ على سبيل المثال) والمناورات المخففة ("الخدع"/ الحركات المعاكسة) و"القصور disability" فيما يتعلق النشاطات اليومية كالأعمال المنزلية والقراءة والتلفزيون والكتابة والمشي والأكل والنعاس. علاوة عن أن مقياس كونسكي أكثر تفصيلاً. وعليه فهو يتطلب الذكر الدقيق للوقت وتشمل تدريجات يتم القيام بها من خلال بروتوكول فيديو معير.

فقد أظهرت بعض الخبرات الواسعة مع تسجيلات الفيديو أن "المشاهد takes" المأخوذة لدقائق معدودة تحت شروط معيارية تتيح إمكانية ممتازة لتدريج مقدار الشدة لكل الاضطرابات المعروضة في هذا الفصل. وينصح بالنسبة للصعر التشنجي بجعل المريض يأخذ بداية وضعية جلوس مستقيمة (مقعد بدون مسند) والطلب منه الإبقاء على رأسه في "أفضل وضعية ممكنة" لأطول وقت ممكن. بعدئذ يفترض أن يتم التسجيل في وضعية وجهية [من الأمام] التي تحصل من تلقاء نفسها من دون محاولات تأثير مقصودة. وقد تكون هذه المهمة في بعض الأحيان مزعجة جداً ومؤلمة، بحيث أنها لابد وأن تتم لوقت قصير جداً. وبعد ذلك يتم الطلب من المريض بأن يتخذ وضعية رأس مثالية قدر الإمكان والإبقاء عليه لدقيقتين أو ثلاثة على أقصى تقدير. وأخيراً يمكن الطلب من المريض باستعراض مجال حركية الرأس [مرونة الرأس] وفاعلية الوضعيات المساعدة. وعند الحاجة يمكن إعادة هذه المهمة في وضعية جانبية. كما ينصح أيضاً بمنظومة تنسيق موضوعة خلف المريض بشكل مناسب، بحيث أن يتم التمكن من إعطاء انحراف وضعية الرأس على المستوى الرتبي على الأقل.

وبالنسبة لتشنج الكتابة يوجد مقياس ثنائي البعد لويسل وآخرين (Wiesel et al., 1996). ويتم تحديد التدريج الدقيق جداً لشذوذات الحركة من خلال تدرج سرعة

الكتابة واختفاء اضطراب الكتابة Latency of writer' cramp وشدة ارتجاف الكتابة الذي قد يكون موجوداً أحياناً. وقد كان الثبات جيداً وتحليل الارتباط مع تحليل سرعة التحويل المحوسبة كان عالياً والصدق جيداً.

ويمكن قياس تشنج الأجفان إما بشكل عام جداً من خلال مقياس تقدير سداسي تتراوح أقطابه بين العمى الوظيفي والإدارة الطبيعية والمستقلة للحياة (Elston,1990).

بالمقابل تقود درجة فان (Fahn,1988) على مقياسين، ألا وهما "مقياس الضعف" و"مقياس القصور". فمن خلال المقياس الأول يتم قياس مقدار تشنج الجفن ومن خلال الثاني يتم تكميم التضررات في الأعمال اليومية. وعلى الرغم من أن المقياس يتيح إمكانية إعطاء درجة كلية إلا أنه ينبغي ألا يتم عمل ذلك بسبب الصدق المختلف نوعياً بشكل كامل لكلتا الدرجتين.

وبالنسبة لإشكالية توريت يتوفر مقياسان. الأول لهاشيريك وآخرين (Hacherik et al., 1984) ويقيس إلى جانب الجرد الدقيق للعرة الحركية واللفظية الآنية وغير الظاهرة في الوقت الراهن المشكلات المدرسية ومشكلات التعلم والأضرار في مستوى الوظائف الاجتماعية. ويتم تقييم التواتر والشدة ودرجة الضرر للعرات المختلفة.

جدول (4): تقسيم التشخيص

1- **متلازمي Syndromal**
- ICD المرض الجسدي
- ICD وDSM الاضطراب النفسي

2- **أبعادي Dimensional وتقسيمات أخرى**
- الاكتئابية (مثال: PHQ; HAMD; MADRS;HADS)
- الضغط النفسي المرضي (SCL90-R)
- الشكاويالنفسية – الجسدية(مثال Bf-S;FBL-W)
- نوعية الحياة (مثال: CDQ-24; SF-36)

3- **درجات إكلينيكية Clinical Scores**
- "ضعف Impairment"
- قصور [عجز] disability"
- "إعاقة handicap"

4- **تشخيص السلوك**
- التشخيص السلوكي للعرض الأساسي
- للعوامل المثيرة والمحافظة على الاستمرارية
- لعوامل العضوية المؤثرة فيزيولوجياً

وقد قام ليكمان (Lecj,ann,1989) بتطوير هذه الأداة وفحص صدقها وثباتها. كما أنه من البديهي أن يتم قياس الاضطرابات القهرية التي تختلط في الغالب مع اضطراب العرات بالطرق الملائمة (من خلال SCID أو Y-BOCS على سبيل المثال).

ويمكن قياس الأشكال المختلفة للارتجاف اليوم بشكل جيد عن طريق الأجهزة التي تسجل الحركات الصغيرة، والتي يتم تثبيتها على أطراف المعني وتقيس الحركة في أبعاد ثلاثية بشكل كمي.

أما بالنسبة للممارسة العملية فإن أجهزة القياس هذه مرتفعة التكلفة وحساسيتها العالية ليست مفيدة عملياً. والأفضل منها استخدام مقاييس التقدير الإكلينيكية لفان (Fahn,1988). فمن خلال هذه الأداة لا يتم من خلال 22 بند عمل تدريج شدة الارتجاف في العضو المعني فحسب وإنما كذلك "القصور disability" فيما يتعلق بالكتابة والرسم والكلام والنشاطات الحركية الدقيقة الأخرى واستناداً لسلوك العناية والثياب والعمل. ولا يتعلق استخدام هذا المقياس بالتشخيص التفريقي فيما يتعلق بشكل محدد من الارتجاف.

4.3 تدريجات لقياس الإعاقات

يمكن تقدير "الإعاقة" إما بشكل مباشر عبر مقاييس منظمة الصحة العالمية للإعاقة أو بشكل غير مباشر عبر قياس "نشاطات الحياة اليومية Activity of Daily Living" (اختصار ADL) أو من خلال "نوعية الحياة QoL. وتقيس مقاييس منظمة الصحة العالمية بالإضافة لمجالات "التوجه Orientation " و"الاستقلالية الجسدية physical Independence" و"إمكانية الحركة Mobility" "والمهنة Occupation" و"الاكتفاء الذاتي المادي Economic Self-Sufficiency" وجوه مهمة أيضاً ذات الأهمية بالنسبة للمرض المعني. ويتم التدريج على مقاييس رتبية مدرجة بوضوح. ومن الأمثلة على مقياس أنشطة الحياة اليومية ADL والذي يهدف إلى تحديد أهم جوانب العواقب الاجتماعية للمرض والإعاقة "مقياس التقرير الذاتي المعدل للتكيف الاجتماعي modified self-report measure of social adjustment-scale" (Weissmann & Bothwell,1976) . ومن خلاله يتم تقدير إمكانات العمل المنزلي والعمل خارج المنزل واهتمامات وقت الفراغ والأنشطة الاجتماعية وقدرات تحقيق الدور في المحيط الأسري

الموسع أو في الزواج وفي رعاية الأولاد. وبهدف مشابه يتم قياس التفاعل الاجتماعي في تقرير ذاتي من خلال "بطارية راند للصحة الاجتماعية Rand Social Health Battery" (Donald et al., 1987).

ومن الكم الكبير لاستبيانات نوعية الحياة نشير هنا لبعض الأمثلة من كتاب ماوسر وآخرين (Mauser et al., 2000). غير أن هذه المتغيرات ترتبط بشكل مرتفع مع مقاييس الإعاقة وقيم مقاييس الاكتئابات. لهذا ينصح لقياس هذا البناء استخدام متغيرات نوعية تقيس وظائف (شاذة) محددة من مجال "القصور" و"الإعاقة" أو من طيف الشذوذات النفسية. إلا أن الأمر يختلف مع المقاييس الخاصة بالمرض لنوعية الحياة. فقد قدمت مجموعة العمل النمساوية (Mueller et al.,2004) مثل هذه الأداة التي صممت وفق الحاجات الخاصة لمرضى خلل التوتر العضلي العنقي cervical Dystonia ومرضى تشنج الجفون لقياس التوصيم المعاش والصحة النفسية وخبرة الألم والنشاطات اليومية وجودة الحياة الأسرية والاجتماعية (CDQ-24). كما يوفر SF-36 أداة موثوقة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة (Bullinger & Kirchberger,1990).

فإذا ما أردنا تصوير الحالة القائمة للمريض فإن الكثير من مقاييس الاكتئاب المتوفرة غير ملائمة بسبب تداخل التغيرات النفسية والعصبية في البنود الكاشفة. بالمقابل يفيد إلى حد ما استخدام استبيانات الصحة النفسية للمرضى Patient Health Questionnaire (PHQ) الذي يتضمن صدقاً جدياً بشكل خاص فيما يتعلق بالاكتئاب الأساسي (Graefe et al.,2004). كما يمكن استخدام مقياس هاملتون للاكتئاب، تقييم الآخر HAMD (Hamelton,2005) ومقياس تقدير منتغومري وأسبيرغ للاكتئاب، تقييم الآخر Montgomery and Asperg Depression Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Asperg,2005) . وبالنسبة للأشخاص فوق الستين سنة يوجد مقياس الاكتئاب في الشيخوخة Geriatric Depression Scale (GDS) (Gauggel & Birkner,1999). أما مقياس قلق واكتئاب المستشفى Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

(Hermann & Buss,1995) فهو لا يلائم كثيراً بسبب اتجاهات الإجابة المتبدلة. أما الانفعالية Emotionality فيمكن قياسها بشكل جيد من خلال الأبعاد الخمسة للصيغة الألمانية لبروفيل مقياس الأمزجة Profile of Moods Scale (POMS) (Albani et al., 2005) ومقياس الحالة النفسية الجسدية (Bf-S) (Zeressen,2005). وقد قدم شراغ (Schrag et al.,2007) مراجعة لقيمة مقاييس الاكتئاب الرائجة.

5- بناء النموذج

تخضع الأعراض الموصوفة في هذه الفقرة لخلل التوتر العضلي واضطرابات العرة والارتجاف في درجاتها الإكلينيكية لآليات متشابهة. إذا أننا نجد في تحليل السلوك تفاقماً قصير الأمد يعزى لمثيرات خارجية أو داخلية. وهذه غالباً ما تكون مواقف مشكلة ذات مطالب حركية كما تظهر على سبيل المثال في المهام ذات الحركات الدقيقة أو وضعيات الهدوء الطويلة أو التسلسلات الحركية المركبة، بشكل خاص في وجود نماذج خارجية بارزة Salient external Cues. كما يمكن للمثيرات الداخلية في شكل تصورات معطوبة [مختلة وظيفياً] حول تقييمات ناجمة عن تفاقمات باكرة أخرى. ونجد مثل هذه التفاقمات على سبيل المثال في المواقف الاجتماعية التي تحمل طابع وجود الشخص في مركز الاهتمام. وفي مجرى تاريخ الحياة تكتسب مثل هذه المنبهات الخارجية (S_{extern}) والداخلية (S_{intern}) في المواقف المركبة طبيعة مؤشر على ظهور العواقب التي قد تكون مزعجة وتصبح بالتالي منبهات تفريقية في صورة S^{Δ} – *Stimuli* . وطبقاً لذلك تتم الاستجابة على "العقاب" المطابق مع ترك ("التجنب السلبي"). فإذا لم يكن ذلك ممكناً يتم تجنب الموقف الحرج ("تجنب فاعل") – الموجه في الغالب من خلال المنبه التمييزي (S^D)– أو يتم إنهاؤه في وقت مبكر ("الهرب").

وبهذا تظهر الأعراض الإكلينيكية بشكل مأساوي أكثر مما يفترض لها أن تكون عليه بسبب الباثولوجيا العصبية" "بحد ذاتها". إلا أن دوائر التحويل العصبية وبالتحديد

تلك المصابة في الأمراض المذكورة الواقعة بين اللحاء ملا قبل الجبهي والغدد القاعدية مسؤولة أيضاً عن عمليات الانتباه المركزة، التي يحصل من خلالها تكامل التتابعات الحسية والحركية. وعلى هذا النحو يصبح مفهوماً بأن ظروف الموقف الداخلية والخارجية الشديدة الاختلاف تؤثر مباشرة على الصورة المرضية العصبية ومن ثم تشكل الأساس العصبي لعمليات التعلم النفسية الواسعة. وطبقاً لذلك لابد من التحديد التفصيلي (أنظر "متغيرات العضوية") لكل الحالات المؤثرة على العضوية من نحو درجة بذل الجهد العامة أو مقدار تناول مواد خارجية (كمستوى التغذية، عقاقير قانونية، سموم ترفيهية...الخ).

ومن جانب الاستجابة يحصل في كل عرض من الأعراض المعنية تفاقم للأعراض المعروفة عصبياً (Rphysiologic). إلا أن الأهم هنا المكونات الاستعرافية للاستجابة (Rcognitive). وهي تتجلي عملياً في الأمراض المعالجة هنا دائماً في شكل أفكار ضارة بالنفس (مثال: "من المؤكد أن كلهم يعتقدون أن..."). أما مشاعر اللاحول وعدم الصبر والغضب فلا تزيد الخبرة الذاتية سوءاً فحسب بل تؤثر من ناحيتها عبر الارتفاع غير النوعي المرتبط بذلك لمستوى التوتر بشكل مفاقم للأعراض. وعلى مستوى السلوك Rbehavioral) عادة ما نجد في مثل هذه الحالات محاولات للسيطرة المباشرة على الأعراض (كإمساك العضو مفرط النشاط من الجسد على سبيل المثال). وبما أن مثل هذه الإجراءات لا تقود عملياً أبداً إلى النجاح المرغوب، يحاول المعنيون جعل أعراضهم العصبية غير ملحوظة من خلال الإخفاء. وعادة سرعان ما يتعلم المرضى من خلال إنهاء أو تجنب الموقف المطابق ألا يجعلوا التفاقمات المرتبطة مع هذه المواقف المشكلة للأعراض تظهر أصلاً. وبصورة شبيهة لتعلم الاستجابات الرهابية يبدأ الآن من خلال تعلم التجنب تعميم المثير، الذي يمتد إلى مجموعة متزايدة من المواقف "الحرجة". وقد تم برهان سلوك التجنب هذا من خلال عينة كبيرة من المرضى لديهم ارتجاف أساسي أمكن لديهم استنتاج وجود ميل مرتفع دال "لتجنب الأذى harm avoidance" (Chatterjee et al.,2004).

وتتألف العواقب التفاعلية عندئذ من تقليص القلق والخجل وعدم الثقة ("تعزيز سلبي") والذي على الرغم من أنه يكون تقليصاً مباشراً إلا أنه يقود على المدى البعيد مباشرة إلى مراقبة مؤذية مطردة للذات وكآبة. وعلى المدى المتوسط يقود التجنب للمواقف الاجتماعية خاصة إلى الوحدة والفقدان المتزايد، الأمر الذي تتيسر من خلاله الميول الاكتئابية ويزداد ضرر الكفاءة في التعامل مع المواقف الاجتماعية الصعبة. وبما أنه يتم بهذا الأسلوب تأكيد المخاوف المزعجة باستمرار، تكون الحلقة المفرغة قد انطلقت، والتي تتجلى عبرها أعراض المرض العصبي الأساسي من خلال الاستجابات الاستعرافية والسلوكية المعطوبة بشكل أقوى بكثير مما هو قائم بسبب المرض العصبية.

في "الارتجاف نفسي المنشأ" لابد بداية إجراء تشخيص تفريقي "لاضطراب كاذب" أو "محاكاة" (ربما في صورة تمارض malingering" . فإذا ما تم تصنيف هذا الارتجاف نفسياً بشكل صحيح عندئذ (أنظر الفقرة 3.3) فليس بالضرورة أن توجد آليات إجرائية لترسيخه. وغالبا ما يمكن بدلاً من ذلك الانطلاق أيضاً من تلقائيات automatism استقلت بذاتها قلما يمكن التحكم بها إرادياً، مع العلم أنه يمكن تعديل درجاتها من خلال العوامل المذكورة في هذه الفقرة.

6- بناء العلاقة ورؤى مستقبلية

تحمل عوامل الضغط النفسية الموصوفة لدى مرضى خلل التوتر العضلي والعرات والارتجاف معها ضغطاً كبيراً من المعاناة يقود بالارتباط مع خبرات مختلفة من محاولات العلاج الفاشلة عند معالجين ذوي كفاءة إلى اتجاهات مرتبكة وأحياناً عدوانية عاملة في الخفاء. ولا يندر أن تتجلى هذه الاتجاهات بالمقاومة الواضحة لمبادئ الوصف والتدخل النفسي-الوظيفي. يضاف إلى ذلك أنه يحصل أن تتم مواجهة المعالجين النفسيين في هذه الأمراض العصبية دائماً الضخامة الكبيرة للأعراض. وبشكل مختلف عما هو الحال على سبيل المثال في الاضطرابات الرهابية فإن الجلسة العلاجية لا تتميز "بتقرير حول...."

فقط وإنما بالمراقبة المشاركة مباشرة للحادث المرضي. يضاف إلى ذلك أن الأعراض غالباً ما لا تتمتع بالمظهر الجمالي كثيراً، وغالباً ما التواصل اللفظي متأذياً بشكل كبير جداً من خلال الوضع المرافق للمرض (في الرأس المشدود نحو الخلف على سبيل المثال).

وكل هذا يتطلب في العلاج النفسي لمثل هذا النوع من الأمراض درجة كبيرة من القدرة على التعاطف، على المرء بمساعدته أن يقوم "بما يشبه التجاهل" للحالة العصبية قياساً على التفاعل المهني للزملاء الأطباء. بالإضافة إلى ذلك فإنه لابد ومن أجل بناء مثمر للعلاقة أن يمتلك المعالج النفسي معارف دقيقة حول الأساس العصبي والفيزيودماغي الكامن خلف المرض. ففي عصر الانترنت غالباً ما يكون المرضى عارفين ويقيمون معالجيهم حسب خلفيتهم المعرفية.

إلا أنه وعلى الرغم من هذه الصعوبات المذكورة لابد من التأكيد على أن الطرق المعيارية للعلاج السلوكي في علاج خلل التوتر العضلي والعرات والارتجاف غالباً ما تقود إلى نتائج باعثة على الرضا بشكل جيد. وهؤلاء المرضى بالتحديد يستفيدون من جداً من البنية الواضحة ومن التوجه الدقيق نحو الهدف والتحديد الضيق زمنياً لخطوات العلاج. ومضمونياً يركز التدخل على القدرة على التمكن من التواصل الملائم على الرغم من الأعراض المرعبة بالنسبة للملاحظ الخارجي واستخدام تقنيات التنظيم الذاتي المتعلقة بالجسد وتحطيم الخجل وعدم الثقة وسلوك التجنب (من خلال مثال الباركنسون: Leplow,2007b)

ويقدر عدد المصابين بخلل التوتر العضلي في ألمانيا أكثر من 12000 إنسان، وحوالي 40000 إنسان يعانون من اضطراب توريت وثلاثة ملايين على الأقل بعمر فوق الأربعين يعانون من الارتجاف. وحتى عندما لا يكون العلاج النفسي لدى الجميع فاعلاً indicia فإن نسب الدلائل اللازمة تقع أعلى بوضوح مما يتم تحقيقه في الوقت الراهن في العلاج النفسي. وبما أن التدخلات العلاجية النفسية الهادفة تسهم بدرجة كبيرة جداً في منع

تطور "القصور" و"الإعاقة" وتدعم الإجراءات الطبية بدرجة عالية فعلينا أن نفهم الصعوبات المذكورة كتحد مهني، في جعل هذه الدائرة من المرضى يستفيدون من فاعلية الإجراءات العلاجية النفسية أيضاً. فإذا تم تجاوز المقاومة التي تظهر في البداية ضد التدخلات النفسية وبناءات النموذج، فإن العلاج النفسي يبرهن نفسه في صور الأمراض والاضطرابات المذكورة هنا على أنه مجال عمل محمود جداً بالنسبة لكل المشاركين.

37- التشخيص النفسي القضائي [الشرعي]

ريناته فولبيرت وكلاوس بيتر داله
Renate Volbert & Klaus-Peter Dahle

1- الأسس القانونية لعمل الخبير الشرعي

يعني التشخيص النفسي الشرعي استخدام التشخيص النفسي لتقييم القرارات القانونية. أما المسائل التي يتناولها فهي على سبيل المثال تقييم مصداقية الأقوال أو مسؤولية المدعى عليه أو التقدير التنبئي للخطورة الممكنة أو الاستعداد للانتكاس لدى مذنب محكوم مسبقاً.

وينبغي للخبير القانوني [الشرعي][1] أن يدعم بناء على خبرته الخاصة تحقيقات المحاكم ويكون في دور "مساعد" المحكمة. ويمكن للتكليف بالتقارير أن يقوم على تعليم الآخرين أسس الخبرة العلمنفسية أو على استخلاص وقائع معينة تتطلب خبرة معينة أو على تقييم وقائع معينة بناء على مبادئ خبرة علم النفس (قارن Jessnitzer & Frieling,1992). وفي الغالب يتم عمل تقارير تشخيصية فردية.. وعلى أساس المعرفة بالقضية (ملفات التحقيقات، وملفات التنفيذ، ملفات المسجون...الخ) يقوم الخبير هنا بإجراء بعض الفحوصات ويتم الحصول على بيانات إضافية من خلال معرفته النفسية. وفي تقرير الخبير لابد هنا من أخذ النتائج التي تم الحصول عليها من خلال طرقة الخاصة (ما يسمى بوقائع الفحص) والمعلومات أيضاً التي تصبح معروفة له من مصادر أخرى (محتوى الملفات أو تقديم الأدلة في الجلسة؛ ما يسمى وقائع الربط) بعين الاعتبار. إلا أنه على الخبير أن يتقيد بالأسئلة المطروحة من قبل المحكمة؛ إذ عليه ألا يطرح أفكاراً عامة، ولا أن يتولى تقدير الأدلة وألا يعطى رأياً في المسائل غير تلك التي طرحت عليه من الزاوية النفسية.

كما أن الأوضاع التي يتم ضمنها عمل التشخيص النفسي القضائي منظمة في جزء كبير منها بتعليمات قانونية. فمن الأمور المنظمة قانونياً على سبيل المثال إن المحكمة[2] تختار خبيراً وإن من واجب الخبير أن يعطي تقريره إذا كان يمتلك الخبرة اللازمة لذلك؛ ولا يستطيع التملص من هذا الواجب إلا ضمن شروط معينة. إلا أنه من واجب الخبير أيضاً وفي حال تم تكليفه أن يفحص بداية فيما إذا كان يمتلك في الخبرة الخاصة اللازمة بالفعل في الحالة الخاصة للإجابة عن مسألة تقريرية خاصة. ويكون القاضي مسؤولاً عن عمل الخبير؛ ولكن هذه المسؤولية لا تتعلق بانتقاء الطرق أو على

(1) سيتم استخدام مصطلحات الخبير القانوني أو القضائي أو الشرعي بالمعنى نفسه

(2) في الإجراءات القانونية (الجنائية) يمكن أن يحصل ذلك قبل البدء بالمحاكمة من قبل المحامي العام.

كيفية تنفيذ العمل، وإنما على تحديد المسائل التقريرية [التي ينبغي الإجابة عنها في التقرير] وعلى توفير وقائع الربط المهمة. إذ أنه عند انتقاء الطرق فإن الأمر يتعلق هنا بطرق معترف بها واقعة ضمن مجال علم النفس؛ إذ لا يجوز قبول التقارير التي لا تقوم على طرق معترف بها أو لا تقوم على الاستنتاجات المدعمة بمستوى المعرفة في التخصص. بالإضافة إلى أنه عند الحصول على المعلومات لابد من مراعاة التعليمات القانونية (كمنع استخدام بعض طرق التحقيق على سبيل المثال). ولابد من التأكيد بشكل خاص على الموقع الحيادي الذي على الخبير أن يتخذه؛ إذ قد تكون عواقب خرق الحيادية الرفض بسبب التحيز الممكن للخبير (التنظيمات القانونية لعمل الخبير موجودة في (StPO 72-85§ وبشكل مطابق في ZPO 402-414§؛ وككل لدى Eisenberg,2002)

2- تقييم مصداقية الأقوال

تعتمد التقارير النفسية القائمة على الأقوال على الأغلب على التفريق بين الأقوال المطابقة للحقيقة وأكاذيب الشهود؛ إلا أنه يمكن أن يحصل ضمن ظروف إيحائية، أن تهيؤات-"ذاكرة" موهومة، صحيحة ذاتياً، لا تتطابق بأي شكل من الأشكال مع الواقع الذي حصل بالفعل. (Erdmann,2001). وغالبية تكاليف التقارير النفسية تتم في الدعاوى بسبب الجنوح الجنسي Sexual delinquency ذلك أنه في مثل هذه الحالات غالباً ما تكون هناك أقوال مقابل أقوال ولا تتوفر دلائل شخصية أو موضوعية أخرى.

ومن الناحية الطرائقية يتم التفريق بين الوصوفات الحقيقية والتهم الكاذبة المقصودة من خلال طريقة تقوم على تحليل المحتوى، تنطلق من فكرة مفادها أن وصوفات الأفعال التي حصلت بالفعل مقابل التي يتم اختراعها تظهر بالمقارنة بين الأفراد نوعية مضمونية أعلى . ويعتقد بأن هذا الفرق يقوم على عمليتين: في البداية فإن المُبَلِّغ الصادق يعيد بناء تقريره من الذاكرة، في حين أن الشاهد الكاذب يبني أقواله على المعرفة العامة المخزنة حول تلك الخبرات وخبرات مشابهة، أي أنه عليه أن يعيد بناء

الحدث من تصويراته الاستعرافية. وتمتلك التمثيلات المتعلقة بالسيرة الذاتية[1] الخاصة بالحدث طبيعة عارضة [مؤقتة episodically] وتتضمن معلومات معقولة تصويرياً حول أحداث نوعية قابلة للتحديد زمانياً ومكانياً (مثال Conway & Pleydell-Pearce, 2000). وبالارتباط مع الخبرة الفعلية يتم على سبيل المثال تخزين معلومات بصرية وشمية ولفظية، قد تكون في بعض الحالات غير مألوفة أيضاً أو عكس التوقعات. وبالمقابل فعندما يصف شخص ما موضوعاً لم يشهده بنفسه فلا يتوفر له كأساس سوى المعرفة التصويرية المجردة، والتي لا تكون نوعية وإنما تتضمن معلومات نمطية بالنسبة لهذا الحدث. وهنا يتوقع بشكل خاص حصول تسلسل أولي للفعل elementary Act Sequences يقود مباشرة لهدف الفعل. أما احتمال أن يتم على سبيل المثال وصف تفاصيل جانبية أو سلاسل أفعال متقطعة أو مضاعفات غير متوقعة، فهو ضئيل جداً، ذلك أنه من النادر أن تكون مثل هذه العناصر جزءاً من تصويرة مطابقة (Koehnken,1990). وتقود هذه الأفكار إلى فرضية مفادها أن نوعية الأقوال المخترعة لا تظهر إلا أقوالاً ذات نوعية ضئيلة ترجع إلى أنها تتضمن عناصر غير مهمة وغير متسقة تصويرياً أكثر من الوصف القائم على الخبرة.

وهناك فرق آخر بين المُبَلِّغ الصادق والكاذب يكمن في التعبير عن النفس [تقديم النفس] self-presentation . فالمُبَلِّغ الكاذب يسعى في عرضه للموضوع إلى توليد انطباع جدير بالتصديق بطريقة خطأ ومن أجل هذا يلجأ إلى التصورات اليومية حول ذلك، وإلى تلك لتصرفات والتعابير...الخ التي تُحدِث مثل هذا الانطباع والتي تقود على العكس إلى الشك بالمصداقية.

ومن هنا فإن الأقوال الخاطئة في العادة لا تتضمن إلا مقداراً ضئيلاً من التصحيحيات الذاتية والإقرار بثغرات التذكر واتهامات النفس self-accuse[2] وما يشبه ذلك، والتي

---

(1) Autobiographical Representations

(2) أو التجريم incriminate

طبقاً للتقديم الاستراتيجي للذات[1] تتناقض مع المنطق العام (Koehken,1990). وعليه فإنه يفترض بأن غياب مثل تلك العناصر من الأقوال التي تمثل التصورات اليومية وفق مؤشرات الكذب أو تشير إلى قصور (عدم أهلية أو عدم كفاءة)، إلى جانب نقص عدم اتساق التصويرة[2] وتفاصيل غير مهمة تسهم في النوعية المنخفضة للأقوال المخترعة [الملفقة] مقابل الأقوال القائمة على ما حصل بالفعل.

غير أن هذه الأفكار ترتبط بشرط أساسي ألا وهو مقاصد المبلغ [نوايا المبلغ[3]]. وهناك فرضية ضمنية أخرى مفادها إن الذي يدلي بأقوال كاذبة يسعى لإخفاء الخداع. بالمقابل علينا ألا نفترض أنه يمكن أن نجد فروقاً نوعية قابلة للمقارنة بين الأقوال القائمة على الحقيقة والأقوال الأخرى المُختلقة عندما لا تتوفر مثل هذه الشروط. ولا تعود هذه الآراء منطبقة على الفروق بين العروض القائمة على الخبرة والأقوال القائمة على الذكريات الوهمية التي يكون فيها المبلغ مقتنعاً ذاتياً بالإطار الواقعي للذكريات المخمنة (حول هذا كله راجع Volbert & Steller, 2004).

يمكن تقييم نوعية الأقوال بمساعدة الصفات المضمونية للنوعية (ما يسمى بالميزات الواقعية) (Steller & Koehnken,1989). ويمكن لهذه السمات أن تكون موجودة في قول ما بطرق مختلفة. فعند استنتاج سمات منفردة لابد من البدء بتقييمها فيما إذا كانت خاصية القول واضحة كمياً أو نوعياً أو كمياً ونوعياً معاً، بحيث أنها تتحول إلى سمة نوعية (Arntzen,1993). وتتطلب عملية التقييم هذه مراعاة الكفاءات الخاصة والخبرات السابقة للشاهد وتعقد الحدث المعروض وظروف الاستجواب.

وعليه فتحليل نوعية الأقوال لا يقتصر على مجرد استخدام منظومة سمات على

---

(1) strategically Self- presentation

(2) Schema inconsistence

(3) Communicator intentionally

شكل قائمة بنود. فتحليل النوعية لا يكتسب قطعيته بالنسبة لتقييم المصداقية بداية إلا من خلال ربطه بالكفاءات الخاصة للشاهد وخبرته. بالإضافة إلى أنه لابد من فحص الظروف المحيطة الداخلية والخارجية للشهادة من أجل الاستنتاج فيما إذا كان بالإمكان في مقتضى الحال تقييم شهادة ما ذات قيمة نوعية عالية ومن ثم مستندة للحدث على أنها موثوقة من وجهة النظر النفسية. وفي هذا الإطار قد تظهر تقييدات خاصة إذا كانت الأقوال ليست "نتاجاً" أصيلاً للشاهد، وإنما محددة من خلال التأثيرات الإيحائية كلية أو جزئياً (Erdmann, Volbert & Boem,2004).

وبصورة مختلفة عما هو الأمر عند التفريق بين الوصوفات المستندة للحدث والملفقة فلا تتوفر براهين إمبيريقية متسقة بالنسبة للفروق النوعية بين الأقوال المستندة للحدث والمستندة على الإيحاء. ومن هنا فإن التقييم النفسي للأقوال الذي يعتمد في هذه المسائل على نوعية الأقوال [نوعية الشهادة] قد يتوصل لنتائج خطأ. إلا أنه لا يمكن للأقوال [الشهادة] الموحى بها أن تنمو إلا ضمن شروط خاصة وعادة ما تتغير مع ممارسة التأثير الإيحائي. ومن هنا فإن إعادة بناء منشأ الأقوال وتطورها [منشأ الادعاء، منشأ الشهادة] يحتل في التمييز بين الأقوال الحقيقية والإيحائية مركز التحليل النفسي للأقوال [الشهادة] (Greuel et al.,1998; Volbert,2005).

ومن أجل الحصول على مستوى فردي مقارن يتم قياس كفاءات الشاهد المتعلقة بالشهادة. فإلى جانب استنتاج قدراته الذكائية العامة واللغوية بما في ذلك المركبات الإبداعية فإن تقدير المعارف المتعلقة والخبرات بالموضع ضروري. وتقييم الكفاءات الشخصية لشاهد ما والخصائص الممكنة المتعلقة بالشهادة لتطور شخصيته يتم بالطرق العامة للتشخيص النفسي: الاستفسار، الملاحظة الاختبارات المعيارية) والاستبيانات والعينات [التجارب] (الحرة أو الأقل معيارية]. أما مادة تحليل نوعية الشهادة فيتم الحصول عليها بمساعدة السبر حول الموضوع المسؤول عنه. وغالباً ما تكون وقائع الربط المهمة بالنسبة لإعادة بناء منشأ الشهادة وتطورها وتحليل الدافعية موجودة في

الملفات، ويمكن للمقيم [الخبير] أن يحصل على معلومات إضافية من خلال الشاهد الذي ينبغي تقييمه، كما يمكن أن يطلب سماع شهود آخرين.

ومن أجل تنفيذ تحليل للمحتوى قائم على المحكات فإن استقصاء الموضوع ضروري. وهنا لابد في البداية أن نحاول دائماً استثارة تقرير مترابط للشاهد. والأسئلة الختامية ينبغي أن تكون بداية مفتوحة قدر الإمكان ويتم تخصيصها بالتدريج (تقنية القِمْع: قارن Arntzen,1989,1989). فإذا ما لم تتم إعطاء الشاهد سوى إمكانية أسئلة مغلقة، ليجيب عنها بنعم أو لا، فإنه لا يمكن إنتاج سمات نوعية مضمونية. فالأسئلة التي لا تتضمن مطالب للحديث المفتوح تخفض من القوة التشخيصية لتحليل الشهادة القائمة على المضمون أو يمكنها أن تجعلها غير صالحة على الإطلاق. وبالنسبة للإنجاز الختامي لتحليل المضمون القائم على السمات فإن نص السبر على درجة من الأهمية؛ ومن هنا ينبغي أن يتم تسجيل سبر الموضوع على شريط تسجيل أو شريط فيديو. وهو أيضاً ما تطلبه المحكمة الاتحادية العليا (30 حزيران 1999) بشكل صريح (أنظر حول كامل الموضوع: (Steller & Volbert,1999).

ويحدد الإطار التفاعلي لنوعية الشهادة والشروط الشخصية والدافعية وتاريخ الشهادة (ظروف الشهادة الأولى والتطور التالي للشهادة) التنفيذ العملي للحصول على البيانات والاستنتاجات التشخيصية عند تقييم المصداقية. ومن هنا يمثل التخصيص الملائم للأسئلة المهمة والفرضيات التي ينبغي اختبارها جزءاً أساسياً من عملية التقييم. وبالنسبة للفرضية القائلة أن الأقوال [الشهادة] تقوم بدرجة عالية من الاحتمالية على أساس الخبرة الذاتية، لابد أن يتم تدقيقها وفحصها دائماً من خلال فرضية معاكسة، مع العلم أن الفرضيات المختبرة تحدد في كل مرة الحصول على معلومات أخرى. ومن المفيد بالنسبة لدمج نتائج كل مجالات التحليل بالنسبة لتقييم المصداقية طرح سؤال ملموس يتمثل في السؤال الرئيسي التالي (Volbert,1995): أيمكن أن يكون هذا الشاهد بشروطه الفردية القائمة وضمن ظروف الاستجواب وبمراعاة التأثيرات الممكنة في

هذه الحالة الملموسة من طرف ثالث أن يقدم هذه الشهادة النوعية، من دون أن تقوم شهادته على خلفية حدث واقعي بالفعل؟

3- مثال حالة (1)

حالة المخرج

قدمت دعوى برجل يبلغ من العمر 45 سنة، تهمته هي الاستغلال الجنسي لابنة زوجته فريدة في الفترة المحتملة بين سن 6 و12 من العمر. أقامت فريدة الدعوى في سن 17 وادعت بأن زوج أمها كان يلمسها على قفاها وعضوها الأنثوي؛ كما أجرى معها جنساً فموياً، وكان عليها أن تشبعه فموياً. تم قطع الجلسة الأساسية الأولى لأن القاضي قرر بعد شهادة الفتاة التكليف بعمل تقرير نفسي لتقييم مصداقية أقوال فريدة. وفي هذا الوقت كانت فريدة بعمر 20 سنة.

3.2 نتائج الفحص

ملاحظة السلوك

بدت فريدة فتاة هادئة، أسهمت في الفحص بشكل تعاوني. فقد أجابت عن كل الأسئلة، إلا أنها قدمت بيانات مقتضبة وقليلة التفاصيل فيما يتعلق بالمواضيع التي ليست على علاقة بالاتهامات المقدمة. وكانت وصوفاتها في العادة مقتصرة على الوقائع المهمة، ولم يكن هناك الكثير من المعلومات حول الخبرة الشخصية. وعند إجراء سبر حول الاتهامات المقدمة كان هناك تغير واضح في سلوكها، ففي البداية أجابت بعبارات أقل من السابق، وقدمت بعض البيانات العامة، وأشارت بأنها قد ذكرت كل شيء بتفصيل في السابق، أو أجابت على سبيل المثال عن السؤال أين تم لمسها: "يمكنك أن تتخيل بنفسك أين حصل ذلك". وبعد أن تم التوضيح لها بأن الأمر يتعلق بشهادة يتم إجرائها من جديد في التقرير، أجابت بتفصيل أكبر إلى حد ما عن نفسها. إلا أن

الوصف التفصيلي للأفعال ظل يبدو وكأنه صعب عليها. فقد كانت تتنهد مراراً وتظهر ابتسامة ارتباك أو أبدت إيمائياً بوضوح بأن التقرير يرتبط بذكريات مزعجة.

الفحص النفسي بالاختبارات

أظهر فحص الذكاء باختبار ويكسلر هامبورغ للذكاء للراشدين معامل ذكاء مقداره 122، مع وجود بروفيل أداء غالب. وفي مقياس فرايبورغ للشخصية وصفت فريدة نفسها بأنها غير راضية عن الحياة كثيرة وقابلية تحمل منخفضة للضغوط وكبح وتحفظ في الاتصال مع الآخرين واتجاهات سلوكية أقرب للهادئة والمضبوطة وقليلة العفوية. بالإضافة إلى ذلك ظهر لديها توجه أقرب للمنخفض الوضوح نحو الإنجاز وتوجه اجتماعي أقرب لفوق المتوسط.

بيانات حول النمو التاريخ حياتي

ذكرت فريدة بأنها نشأت مع أختين لها مع أمها، وكان لديها أخ نصف شقيق نشأ في دار الرعاية. وليس لديها ذكريات طيبة عن طفولتها. إذ كانت الأم في العمل في أثناء النهار ولم تكن تهتم بالأطفال بعد العمل. وعندما أصبحت في الرابعة من العمر دخل حياتهم زوج الأم. وكان يظل سكراناً في الغالب وعدوانياً ويضرب الأطفال من دون سبب، بالحزام أيضاً أو بالعصا. وبسبب الكثير من البقع الزرقاء حضر للمنزل موظف من مركز اليافعين. ولكن بما أن أمها وزوجها قد أوضحا لها مسبقاً بأنها إن أجابت بأنها قد تعرضت للضرب فسوف يتم إرسالها للملجأ، فقد أنكرت حصول ذلك. وفي يوم من الأيام رحل زوج الأم. ولكن أمها استمرت بضربها بعد ذلك. كما كانت الأم تتوقع أن تقوم ابنتها بالجزء الأكبر من أعمال البيت. وعندما دخلت فريدة المدرسة كانت تجيد القراءة والكتابة، فكانت تشعر بالملل في المدرسة لهذا قصرت في المدرسة. ولم تكن في البيت قادرة على القيام بواجباتها المدرسية. ولكن ومع ذلك فقد كانت طالبة متوسطة.

أنهت المدرسة الأساسية ولاحقاً المدرسة الواقعية[1]، وهي الآن في التأهيل لتصبح مربية.

وبسبب التوترات الدائمة مع أمها فقد تركت البيت وعاشت لفترة مع والدها الحقيقي، إلا أنها لم تستطع بناء علاقة معه فلم يكن لديهما شيئاً للحديث حوله. بعد ذلك لجأت لمركز الشباب، وحصلت على سكن تحت الإشراف مازالت تعيش فيه حتى الآن. ولم يعد لها أي اتصال بأمها.

وظلت لفترة طويلة تشكو من شكاوى جسدية، فراجعت طبيباً وتم تحويلها للعلاج النفسي. كما عانت من الأرق والكوابيس وكان عندها أفكار انتحار، وجرحت نفسها في يدها، إلا أنها لم تقم بمحاولة جدية للانتحار. وحالها في هذه الأثناء أفضل.

في وقت فراغها تلتزم بالكنيسة. لم تقم أي اتصالات جنسية حتى الآن مع أحد (باستثناء ما هو مذكور في اتهامات الدعوى).

بيانات حول الاستغلال الجنسي المشكوك فيه

عندما كانت فريدة بعمر السادسة كانت نائمة في سريرها المكون من طابقين وهي في الأعلى، فصعد زوج أمها السلم كما تقول. فاعتقدت أنه سيوقظها، كما كان يفعل في بعض الأحيان، لأنه عليها القيام بترتيب شيء ما. إلا أنه استلقى بجانبها ولمسها من تحت قميص نومها على عضوها التناسلي، وعملت نفسها نائمة. إلا أنه ظل مستلقياً لفترة وجيزة وتركها بعدئذ. وقال لها عليها أن تكون هادئة كي لا تستيقظ أختها وعليها ألا تخبر أحداً وإلا سيرسلها للملجأ. وفيما تلى من الوقت كان يأتي إليها مراراً ويلمسها بهذه الطريقة، وكان ذلك في أوقات غير منتظمة، ربما مرة في الشهر أو كل شهرين. لاحقاً أخذ يدها وأدخلها في عضوه وكان يقوم بتحركها. في البداية سحبت يدها، إلا

---

(1) Realschule: مدرسة ثانوية متخصصة بالعلوم.

أنه أمسك يدها بشدة. وتكرر الأمر كذلك في أوقات شبيهة بالسابق، فمرة كان يضع يدها على عضوه ومرة يضع يده تحت قميص نومها وأحياناً كلا الأمرين. وفي المجرى اللاحق أجبرها على وضع عضوه في فمها. فكان يمسك شعرها ويضغط رأسها على عضوه. ومرة بصقت عضوه لأنها غضبت بسبب إمساكه شعرها بشدة. كما قام بإيلاج عضوه في شرجها. وكانت هنا تنظر للجدار وتعطيه ظهرها. كان الجنس الشرجي يؤلمها، إلا أنها لم تلاحظ أبداً وجود دم. وحصل أحياناً أن استلقت على ظهرها في حين استلقى هو عليها. وهي لا تستطيع بالضبط أن تقول ما الذي تفعله، فقد فعل شيئاً معها في الأسفل، إلا أنها تعرف من طبيبها النسائية بأنها مازالت عذراء، ومن هنا فهي تفترض بأنه حتى في هذه المرة أيضاً قد أولج عضوه في شرجها. إلا أنها لا تتذكر أنه عمل شيئاً آخر. ولا تستطيع القول أنه قد وصل مرة للقذف. فهي لم تكن تريد أن تدرك شيئاً، مما كان يحصل معها. وقد استمر الأمر حتى بلغت سن الثانية عشر. وقد توقف الأمر لأنها بدأت تذهب للتواليت عندما كان يأتي إليها، الأمر الذي لم يخطر ببالها على أنه خدعة، بل كان عليها بالفعل الذهاب للتواليت؛ وعندما كانت تخرج من التواليت يكون قد ذهب. بداية لاحقاً أدركت بأنه ربما تكون قد استخدمت ذلك كخدعة، فكانت تجلس في التواليت بين 15–30 دقيقة، وعندما تخرج يكون قد غادر سريرها في الغالب. وعندما بدأت بذلك لم يكن يريد أن يتركها تذهب، لأنه لم يصدقها. إلا أنها ذهبت. وفي يوم من الأيام توقف عن القدوم إليها. ولم يحدثها أبداً عما حصل.

3.3 تقييم مجمل

وفق المعلومات التي تم الحصول عليها يمكن الانطلاق من أن فريدة فتاة مازالت غير مستقرة نفسياً إلى حد ما ذات قدرات عقلية جيدة، تمكنت من تحقيق وضع اجتماعي مستقر مع وجود القليل من الدعم الخارجي. ولم تظهر لا من خلال بياناتها

التي ذكرتها ولا من خلال ملاحظة سلوكها أو من الفحص النفسي بالاختبارات دلائل على وجود قيود فيما يتعلق بقدرتها على إدراك وتخزين وتذكر الملاحظات والخبرات من نوع الأحداث المدعاة في الدعوى.

حول الدوافع الممكنة لتلفيق تهمة مقصودة

ذكرت فريدة أن علاقتها بزوج أمها كانت سيئة دائماً. ولكن بما أنها وقت تقديم الدعوى لم تكن على اتصال به منذ سنوات طويلة فلا يمكن من العلاقة السيئة استخلاص وجود دافع لتلفيق تهمة مقصودة. وأخيراً كان لابد من نقاش فيما إذا كانت فريدة تريد تحقيق اهتمام شخص ثالث من خلال تلفيق تقارير كاذبة عن سوء الاستغلال الجنسي. إلا أن سلوك أقوالها لم يكن منسجماً مع هذه الفرضية. فهي قلما تحدثت عن حوادث سابقة مشكوك بها خارج الاستجواب عند الشرطة وفي المحكمة أو في إطار التقييم، بحيث أنه لم يكن بالإمكان افتراض تهمة ملفقة بسبب حاجتها للاعتراف أو حاجاتها نحو الاهتمام.

تأثيرات خارجية ممكنة

لم تظهر أية دلائل على وجود تأثيرات من طرف ثالث، ربما تكون أثرت على أقوالها.

التحليل القائم على السمات للشهادة

يتعلق الأمر هنا بوصف متسق منطقياً، يتضمن مجموعة من الاتهامات المتفرقة ومن هنا أيضاً تفاصيل مختلفة. إلا أنه حسب عدد الاتهامات المنفردة فإن المقدار الكمي للتفاصيل ليس كبيراً، إلا أن هذا ينسجم مع الميل العام للشاهدة لتقديم عرض أقرب للتفصيلي. كما أنه لابد من الأخذ بعين الاعتبار الفاصل الزمني الطويل بين زمن الواقعة المشكوك فيه، والشهادة. ونجد في الشهادة بعض السمات الواقعية المضمونية القليلة. فإلى جانب الوقائع الزمانية- المكانية الواضحة جداً هناك أيضاً تذكر لأفكارها وتخميناتها (مثال: أنها قد اعتقدت في البداية بأن زوج أمها يريد إيقاظها للترتيب،

عندما سمعت خطواته على الدرج). كذلك ما قالته بأنها قد كانت تدعي أنها تريد الذهاب للتواليت، مهم هنا. فقد وصفت فريدة بأنه لم يخطر على بالها استخدام هذا كخدعة، إلا بعد أن كان عليها بالفعل الذهاب للتواليت. وفي حكاية ملفقة لابد لفريدة ألا تخترع الحجة فحسب وإنما كذلك كيف وصلت لهذه الحجة. وبما أن هذا كله لا يسهم في تهمة الدعوى فإن مثل هذا المخرج بعيد الاحتمال في حكاية ملفقة. وأخيراً فإن بيانات الشاهدة غير الخبيرة جنسياً مهمة، بأنها تستنتج من تأكيد طبيب النسائية بأنه لم يحصل إيلاج مهبلي؛ فإنه لا يمكنها القول إلا أنه قد مارس معها "من الأسفل" .وفي الادعاء الكاذب كان بإمكان الشاهدة أن تقصر شهادتها الكاذبة على المعرفة بنتيجة الفحص النسائي. وفي الشهادة الكاذبة ليس من المحتمل كثيراً أن تظهر مؤشرات عفوية على مظاهر تركيبة الشهادة. وعموماً لا يتعلق الأمر بشهادة على درجة عالية من النوعية المضمونية، بحيث يتيح لنا هنا برهان وجود إطار واقعي.

التقييم

لا تدور أقوال فريدة حول عرض معقد وذو سمات مضمونية نوعية غنية، بحيث أنه يمكن الانطلاق من وجهة نظر الخبير، وعلى أساس نوعية الشهادة بأن الأمر يتعلق بحادث له إطار واقعي. وعلى أساس قدراتها الذكائية الجيدة الواقعة فوق المتوسط من المحتمل أن تتمكن الشاهدة على ما يبدو من بناء وصف حول نوعية الشهادة الموجودة مع غياب الإطار الواقعي. ومن ناحية أخرى لا نجد في المعلومات المستقصاة أي تهمة ملفقة مقصودة. فعلى الرغم من أن الشاهدة تشير إلى وجود علاقة غير جيدة مع المدعى عليه، إلا أنها في هذا الوقت لم تعد تمتلك معه أية علاقة منذ زمن بعيد. أما إمكانية وجود رغبات بالحصول على الانتباه أو الاهتمام من خلال التهمة الكاذبة المقصودة فلا يمكن أن تنسجم مع سلوك شهادة المدعية. ولم يتم التعرف على وجود مؤثرات خارجية. ويؤيد ملخص النتائج من تحليل الشخصية والدافعية والشهادة بأن أقوال فريدة تقوم على خلفية واقعية للحدث.

3.4 الحكم القضائي

أقر المدعى عليه في الجلسة الثانية بفعلته، وتم الحكم عليه بالسجن.

4- المسؤولية والنضج النمائي

لا يشترط عقاب الجاني وفق القانون الألماني إثبات الجناية فقط. إذ يجب أن يتم تحديد وجود المسؤولية الفردية عن ارتكاب الجرم، الأمر الذي يتضمن أنه كان قادراً على اتخاذ قرار ضد ارتكاب الجناية وأن يتصرف وفق هذا القرار. ويحدد قانون العقوبات الألماني عدداً من الاستثناءات، التي لا يكون فيها ذنب بالمعنى القانوني الجنائي على الرغم من القيام بالفعل. وبالنسبة لعمل الخبير النفسي الجنائي فإن السؤال عما إذا لم تكن هناك مسؤولية أو مسؤولية محدودة بسبب أوضاع نفسية استثنائية على درجة من الأهمية. أما الشروط التي يحددها القانون في رفع (تبرئة Exculpation) أو تخفيض (Deculpation) المسؤولية لجان ما "بسبب الاضطراب النفسي" فقد تم تنظيمها في المادة 20، 21 من قانون العقوبات:

> المادة 20 من قانون العقوبات الألماني المسؤولية بسبب الاضطراب النفسي. يتصرف من دون ذنب، من كان عند ارتكابه الجرم قد قام بفعل بسبب اضطراب نفسي مرضي أو بسبب اضطراب شديد في الوعي أو بسبب الجنون أو كان غير قادر بسبب شذوذ نفسي آخر شديد على عدم الاستبصار بخطأ الفعل أو على التصرف وفق هذا الاستبصار.
>
> الفقرة 21 من قانون العقوبات المسؤولية المحدودة. إذا كانت قدرة الجاني على الاستبصار بخطأ الفعل أو للتصرف وفق هذا الاستبصار، لأحد الأسباب الموصوفة في الفقرة 20 عند ارتكابه الجرم مقيدة بشدة بحيث يمكن تخفيض العقوبة وفق المادة 49 الفقرة 1.

وطبقاً لذلك فإن البراءة أو التخفيض مرتبط بشرطين: على الأقل وجود فئة من فئات الاضطراب المذكورة في المادة 20 من قانون العقوبات (ما يسمى سمات المدخل) ووجود قدرة معطلة أو منخفضة بشدة على الاستبصار أو التوجيه بناء على هذا الاضطراب. وبهذا فإن تقييم المسؤولية الجنائية وفق المادة 20 و21 من قانون العقوبات يشترط إجراءً على مرحلتين، تطلق عليه تقليدياً تسمية الطريقة "البيولوجية النفسية" أو الطريقة "المعيارية-النفسية".

بداية فإن الأمر يتعلق بالسؤال فيما إذا كان قد وجد لدى الشخص الذي يجري تقييمه في وقت الجناية واحدة أو أكثر من سمات المدخل المحددة في قانون العقوبات عموماً بدرجة عالية من الاحتمالية.

ولا بد من الانتباه إلى أن الأمر في هذه السمات يتعلق بمفهوم قانوني، تم ضمنه تصنيف صور محددة من الاضطرابات النفسية أو الطبية النفسية. وتحت الاضطراب النفسي المرضي – القائم على نموذج المرض الطبي- يتم في العادة جمع الاضطرابات الذهانية والاضطرابات الناجمة عن تغيرات جسدية (المتلازمات العابرة الناجمة عن إصابات أو سموم) وأمراض الدماغ التهدمية، الإصابة بنوبات أو متلازمات السحب). ويقصد بالجنون هنا انخفاضات الذكاء، التي لا تقوم على اضطراب عضوي قابل للبرهان. ويقصد بمفهوم شذوذ نفسي شديد آخر (الإشكالي لغويا) فئة جامعة تشمل اضطرابات نفسية لا يمكن تصنيفها ضمن السمات الأخرى الباقية. وتعد اضطرابات الشخصية الواضحة والانحرافات الجنسية وأمراض الإدمان هنا على درجة كبيرة من الأهمية الجنائية. إلا أنه ليس من الجائز أن تحقق كل صور الاضطرابات التي تم تصنيفها إكلينيكياً كاضطرابات بمعنى منظومات التصنيف الراهنة درجة من الشدة لاعتبارها سمة مدخل بمعنى المادة 20، 21 من قانون العقوبات. بالمقابل فإن التحديد qualify الواضح لدرجة "الشدة" المطلوبة قانونياً تطرح مشكلات شبه منتظمة. إذ أنه بسبب معابرها المطاطة مفاهيمياً مع تنوع الطبائع (قارن Fiedler,2001)

فإنه يقصد بهذا بشكل خاص (ولكن ليس فقط) تقييم اضطرابات الشخصية[1]. (قارن حول ذلك Herpertz & Sass,1999). وهنا جرت محاولات مختلفة لصياغة معايير تقييم موثوقة (عرض لدى Kroeber & Albrecht,2001)، إلا أنه لا يوجد حتى الآن مفهوم شامل متسق كفاية (قارن Scholz & Schmidt,2003).

وأخيراً تطرح سمة اضطراب الوعي العميق [الشديد] استثناء بين سمات المدخل للمادة 20 من قانون العقوبات، لأنه تتوجه للحالات النفسية الاستثنائية لدى مجموعة من الأشخاص غير المضطربين نفسياً. ومن الناحية الطبية الشرعية فإن المهم هنا بشكل أساسي هي ما يسمى "الجرائم الوجدانية affect delicts" أي تلك التصرفات الجنائية (عادة أعمال عنف) لأشخاص ضمن ظروف نفسية ضاغطة متطرفة. وهنا يطلب القانون من خلال النعت "عميق" [شديد] نوعية محددة للاضطراب من أجل إظهار أن المقصود هنا ليس مواقف التوتر اليومية، وإنما الحالات الاستثنائية المتطرفة فقط (قارن حول ذلك Greuel,1997, Sass,1993).

وعند تقييم وتصنيف صور الاضطرابات الممكنة ضمن واحد أو أكثر من سمات المدخل فإن الأمر يتعلق بتشخيص استرجاعي لحالات في وقت الارتكاب المخمن للفعل. وهنا يمكن أن تظهر في بعض الأحيان صعوبات في الاضطرابات المحدودة أو المتأرجحة زمنياً. فغالبية المشكلات تظهر على سبيل المثال عند تقييم تأثير استهلاك الكحول أو العقاقير؛ وبشكل خاص عندما يقتصر أساس التقييم على ما يذكره المعني حول كمية التناول أو الشرب ولا تتوفر بيانات مخبرية قريبة زمنياً من الحدث. وهنا فإن الأقوال الممكنة للشهود - وإلى جانب أقوال المعني- ونتائج التحقيق حول السلوك

---

(1) لابد من الانتباه إلى خطر الاستنتاجات الدائرية في تقييم مسؤولية الجناة باضطرابات شخصية مضادة للمجتمع (أو لا اجتماعية)، ذلك أنه توجد تداخلات بين سلوك العرض المشخص والسلوك الذي ينبغي تقييمه. إلا أنه وفق الأحكام القانونية السائدة فإن مثل هذا التشخيص في العادة لا ينظر له على أنه بحد ذاته شذوذ نفسي شديد وفق المواد 21،22 (عرض لدى Kroeber,2001).

الدقيق ما قبل الفعل وأثناءه وبعده، والتي قد تعطي دلائل على التعطل النفسي المرضي أو على تعطل وظائف التصرف والتحكم السليمة (قارن Koeber,1996).

ويمثل وجود واحدة على الأقل من سمات المدخل وفق المادة 20 من قانون العقوبات شرطاً ضرورياً لكنه غير كاف لتبرئة الجاني أو لتخفيف العقوبة. كما أنه من اللازم بالإضافة إلى ذلك إثبات علاقة سببية بين الاضطراب والفعل الجرمي، بحيث أنه لابد وأن تكون قدرة الجاني على الاستبصار أو التحكم معطلة على أساس الاضطراب أو أعراضه بالنظر إلى الفعل المتهم به (المادة 20 من قانون العقوبات) أو تكون منخفضة بشدة (المادة 21 من قانون العقوبات).ويقصد "بالقدرة على الاستبصار"، أي بمعنى "القدرة على المعرفة والفهم" لعدم قانونية الجرم، المركب الإرادي للقدرة على التصرف المستبصر (قارن Wegner,1992). ويقصد بهذا عملياً تقدير فيما إذا كان الاضطراب المستنتج في شكله ودرجته الملموسة في موقف الفحص النوعي قد مارس تأثيراً أعراضياً على وظائف التحكم والتوجيه، وإلى أي مدى أثر هذا الاضطراب، مع عاقبة أن – القدرة المنخفضة التي حددها المشرع مبدئياً–، على اتخاذ القرار بألا يقوم بالجرم، كانت معطلة أو مقيدة بشكل كبير. أما من يقرر فيما إذا قد تم الوصول إلى حد الشدة [أو الخطورة] للمادة 20 من قانون العقوبات أو حتى حد المادة 20 من قانون العقوبات، فهو القاضي، ذلك أنه تلعب هنا وجهات نظر تقييمه مختلفة عن وجهات النظر العلمية النفسية. إلا أن القاضي يتوقع من الخبير أن يقدم له المعارف التخصصية النفسية والنفسية المرضية الضرورية بالنسبة لتقييم الحالة الفردية.

وفيما يتعلق بالمستويات Standards الحرفية قامت مجموعة عمل بين تخصصية بمشاركة عدد من القضاة في المحكمة الاتحادية العليا منذ مدة بصياغة المطالب الدنيا لتقرير المسؤولية (Boettcher et al.,2005). وجوهر الأمر هو عبارة عن تدقيق مهام الخبير ووصف أدنى حد من المستويات لأسس فحصه التشخيصي الذي عليه أن يقوم به وتقييمها [أي للأسس]. ولا يتعلق الأمر هنا بمظاهر جديدة أو مفاجئة، بل أن ما

هو مذكور يتطابق مع المستويات السائدة. وتبرهن حقيقة أن مجموعة العمل تعد الصياغة للمطالب الدنيا ضرورية، بأن هذه المستويات أمر بديهي في الممارسة العملية.

وإلى جانب إمكانية رفع المسؤولية أو تقييدها بسبب الاضطراب النفسي فإن قانون محاكمة الأحداث يرى بالنسبة للأشخاص بين 14 و17 سنة أيضاً إمكانية غياب المسؤولية بسبب تباطؤ النمو. ففي الفقرة الأولى من المادة 3 لقانون محاكمة الأحداث نجد:

> اليافع مسؤول قانونياً، إذا كان في وقت الفعل ناضجاً كفاية وفق نموه العقلي والتربوي، للتبصر بعدم قانونية الفعل وللتصرف وفق هذا الاستبصار.

وتشبه التعليمات القانونية بنيوياً المادة 20 من قانون العقوبات؛ فحتى هنا يتعلق الأمر بالشروط الاستعرافية والإرادية للمسؤولية الجنائية. إلا أنه هناك فرق مهم يكمن في أنه لابد من إثبات المسؤولية الجنائية بالضرورة، فالأمر هنا ليس عبارة عن صياغة للسلوك الاستثنائي (كما هو في المواد 20 و21 من قانون العقوبات).

وتكمن مسؤولية الخبير هنا عند تحديد نضج المسؤولية الجنائية لحدث [يافع] ما بداية في تشخيص كفاءات الاستعرافية المرتبطة بالنمو وقدرته على تقييم الأفعال والمواضيع وفق المحكات التربوية. بالإضافة إلى ذلك لابد من تقدير فيما إذا كانت هذه القدرات قد وصلت إلى درجة كانت لتتيح لليافع مبدئياً، في موقف الفحص تنمية فهم كاف للذنب، واتخاذ القرار ضد القيام بالفعل. ويتم هنا استخدام ثلاثة مفاهيم نفسية نمائية كمساعدة توجه طرائقية:

نمو القدرة على الحكم الأخلاقي والاجتماعي، ومواجهة المهام الخاصة المتلائمة مع العمر، ونمو القدرة على التمثل الاجتماعي للمعلومات بشكل متلائم مع العمر (قارن Loesel & B;iesener,1977)

وليس من النادر أن يتنافس السؤال عن المسؤولية الجنائية ليافع ما مع المادتين 20 و21 من قانون العقوبات، ذلك أن الاضطرابات النفسية غالباً ما تكون مترافقة مع

تباطؤ في النمو. والتفريق ليس غير مهم، لأنه على الرغم من أن عدم المسؤولية طبقاً للمادة 20 من قانون العقوبات ونقص نضج المسؤولية حسب المادة 3 من قانون محاكمة الأحداث، تمنع معاقبة الجاني، ولكنها مع ذلك قد تقود إلى نتائج قانونية مختلفة[1]. وفي الحالة الفردية على المرء أن يسترشد عند وجود قصور بالسؤال هل الأمر هو أقرب إلى التباطؤ الواضح في النمو، ولكن توجد إمكانية لإزالته، أم أن الأمر أقرب إلى تخلف مرتبط بالاضطراب لا يمكن تعويضه أو لا يمكن تعويضه إلا بصعوبة.

ولدى مخالفي القانون الشبان – يقصد المشرع هنا السن الواقعة بين 18 و20 سنة) – فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو هل يتم استخدام قانون محاكمة الأحداث أم قانون العقوبات للراشدين؟ فقانون محاكمة الأحداث يحدد في المادة 105 تطبيقات قانون محاكمة الأحداث، عندما:

1- يظهر التقدير الكلي للشخصية الجاني مع مراعاة ظروف المحيط أنه في وقت ارتكابه الفعل كان حسب نموه التربوي [الأخلاقي] والعقلي ما يزال يتصرف بمستوى نمو يافع،
2- أو إذا كان الأمر يتعلق بطيش يافعين حسب نوع أو ظروف أو الأسباب المحركة.

والمغزى من هذه اللائحة القانونية هو من جهة حماية حلقة من الأشخاص، (مازالت) لديها "قوى النمو فاعلة بدرجة كبيرة" (BGH 12, P.118) والتي يتوقع المشرع فيها أنه يحميها من قسوة قانون عقوبات الراشدين وذلك من خلال توقعه بأنه مازالت هناك إمكانية للتأثير التربوي بدرجة كبيرة. ومن ناحية أخرى فإن قانون محاكمة الأحداث يقدم إمكانات أكثر بوضوح وأكثر مرونة. ومن هنا فإن الأمر يتعلق

---

(1) في عدم المسؤولية بسبب اضطراب نفسي يمكن للقاضي الأمر بالإدخال في مستشفى للطب النفسي (المادة 63 من قانون العقوبات)؛ أما عند وجود نقص في نضج المسؤولية، فإنه يستطيع أن يقرر إمكانات تدخل قاض الأسرة أو قاضي الوصاية (المادة 3 من قانون محاكمة الأحداث).

أيضاً عند تقييم نضج النمو [مستوى النمو] للشاب بانتقاء المذنبين الذين من الممكن لهم أن يستفيدوا بطريقة خاصة من إمكانات قانون محاكمة الأحداث.

غير أن محاولات التطبيق الموثوق لهذه المهمة التشخيصية تصطدم بصعوبات أشد بكثير من تقدير نضج النمو الجنائي لليافعين. فعلى الرغم من أنه قد جرت مراراً محاولات التعيير الإجرائي وصياغة توجيهات وكتالوجات محكية (عرض لدى Freisleder,1996 على سبيل المثال)، إلا أن التطبيقات مازالت ليست خالية من النقد، ذلك أن الأساس الإمبيريقي لمحكات التقييم المجموعة هناك تبدو غير باعثة على الرضا (قارن Wegner, 1992). وأخيراً تظهر الفروق المحلية الواضحة في مدى الاستخدام لقانون محاكمة اليافعين لدى الشبان (Eisenberg, 2003) وجود شك بين الحين والآخر في مدى فائدة التعليمات القانونية [اللوائح القانونية] - ومن هنا فإن عدد ليس بالقليل من الباحثين يدعو إلى إلغاء المادة 105 من قانون محاكمة الأحداث والتوسيع الإلزامي لقانون محاكمة الأحداث على مخالفي القانون الشبان (قارن Rasch,1999).

5- مثال حالة (2) [1]

5.1 الوضع النهائي

تم الادعاء على سهاد البالغة من العمر 15 سنة، بتهمة أنها قد قامت عندما كان عمرها أربعه عشرة سنة وبشكل أهوج بإشعال النار في بناية مخصصة لأغراض سكنية، وعرضت حياة القاطنين للخطر وسببت أضراراً فادحة. فقد أشعلت النار في الطابق العلوي في دار رعاية علاجية لفتيات لديهن مشكلات سلوكية، الأمر الذي تسبب بتدمير المسكن.

---

(1) أمثلة أخرى عن التقارير نجدها لدى (Dahle,1997) أو (Konrad,1997)

5.2 نتائج الفحص

تحليل الملفات

قاد تحليل ملفات مركز الشباب وتقارير الملجأ إلى وجود دلائل على مشكلات نمو مرتبطة بالمحيط. فقد ولدت سهاد لأم متزوجة كانت تبلغ الثامنة عشرة في ذلك الوقت، لكنها كانت نتيجة لخيانة زوجية في أسرة كحوليين. ومنذ أن كان عمرها شهران وضعت في دار الرعاية للأطفال الصغار بسبب التفكك الأسري الكبير. وفي عمر السنتين ونصف أعيدت تحت رعاية الأم، والتي كانت في تلك الإثناء قد تطلقت من زوجها الأول، وولدت طفلاً ثانياً، وتزوجت من الأب البيولوجي لسهاد الذي كان بدوره كحولياً. إلا أنه على ما يبدو فقد استمر الإهمال، وتشير الحضانة Kindergarten إلى وجود اضطرابات سلوكية شديدة وتباطؤ في النضج وعلامات انحلال شديدة. وعندما أصبحت سهاد في سن الرابعة تركت الأم البيت إلى علاقة جديدة وتركت البنت وأبيها لوحديهما. وفي سن السابعة تم إدخال سهاد في مدرسة خاصة (احتياجات خاصة) حيث كان تقرير طبي قد استخلص قبلها وجود "اضطرابات نمو شديدة مع حرمان انفعالي واجتماعي كبيرين" "وانخفاض في القدرات العقلية على أساس متلازمة نفسية عضوية دماغية"، ووصف إجراء علاج بالمقلدات العصبية. وازدادت المشكلات السلوكية في المدرسة ("نوبات عدائية، سلس بول وبراز ليلي، تبول وتبرز نهاري في أي مكان في المدرسة، إلقاء نفسها بشكل طفولي على الأرض وتخبط مع حاجات اهتمام شديدة تجاه المعلمين")، مع الإهمال المستمر من الأب (ثياب غير نظيفة، نقص التغذية، يرسلها في الشتاء للمدرسة لا ترتدي سوى قميص وتنورة...الخ)، كما استمرت مشكلاته مع الكحول وكان في بعض الأحيان يترك ابنته ليلاً لوحدها. وفي النهاية انتقل مع ابنته إلى بيت صديقته إلا أنها رفضت تربية البنت. وفي البداية تم رفض عدد من الطلبات التي تقدم بها الأب لإيواء ابنته في دار الرعاية، ولم تتم الموافقة إلا بعد أن لاحظ طبيب المدرسة وجود علامات سوء معاملة جسدية – وكانت في هذه الأثناء قد

بلغت الثامنة من العمر-. وبدأت هنا قصة طويلة من المشكلات إلى درجة أن ستة دور رعاية قد شعرت أنها لا تستطيع تحملها ورفضت الاستمرار في رعايتها بعد شهر من إقامتها فيها. وطبقاً لهذا فلم تكن سهاد قادرة على العيش ضمن مجموعة وتبدي نوبات غضب تجاه القاطنين معها والمربين، وتنهك المربين من ناحية أخرى بحاجاتها للاهتمام والتعلق. أما الأب فقد أظهر في هذه الأثناء سلوكاً تواصل متقلب وأخيراً غير قابل للتنبؤ، حيث ترافق توقف الاتصال مع ازدياد السلوك سوءاً. كما تمت الإشارة أيضاً محاولات قصير من الاتصال من الأم ثم انقطعت ثانية.

وفي عمر الثانية عشر أرسلت سهاد إلى الدار العلاجية للبنات المذكورة أعلاه، حيث تحسنت مشكلاتها السلوكية بالتدريج خلال السنة والنصف التالية - حسب تقارير الدار-. وعلى ما يبدو فإن سهاد قد طورت مع مربيتها (أمل) اتصالاً خاصاً مكثفاً وكذلك اتصالات مع بعض البنات المشاركات معها في السكن. وقبل الحادث المتهمة به بنصف سنة استقالت المربية أمل بسبب خلاف مع المديرة. وحسب تقرير الإدخال لقسم الطب النفسي الأزماتي تسلقت سهاد بعد وقت قصير من ذلك نافذة الطابق العلوي للدار-وهو ما تم تفسيره على أنها محاولة انتحار أو تهديد به-. وإلا أن سلوكها عاد ثانية للاستقرار إلى حد كبير في المجرى اللاحق في الطب النفسي وبعد ذلك في الدار أيضاً. ومن بروتوكولات الاستجواب لملفات التحقيق يمكن الاستنتاج أن أنه قد حصل تطور متأزم في الدار قبل إشعال النار. فقد استقال عدد من المشرفين (بينهما اثنان من المشرفين على سهاد) بسبب خلاف مع المديرة، وقبل إشعال النار مباشرة أعلن اثنان آخران من المشرفين في إطار جلسة جماعية (جلسة لجميع الأعضاء الموظفين والقاطنين) استقالتهما.

ملاحظة السلوك

قدمت سهاد لموعد الفحص بمرافقة مشرفتها من السكن، الذي وضعت فيه في هذه الأثناء. وبدت في البداية، مترددة، وخائفة بشكل خاص وغير مستقرة، وكانت

متوترة جسدياً بشكل خاص وبكت مراراً عند الحديث. إلا أنها أصبحت أكثر ليونة في مجرى الجلسة وارتاح مزاجها بشكل واضح وكانت في الموعد الثاني أكثر استرخاء بشكل ملحوظ. كانت استجابتها للاهتمام ملفتة للنظر. أما سلوكها اللفظي فقد ظل مقتصداً، واحتاجت مراراً للتشجيع ولم تحاول الاتصال البصري إلا فيما ندر. ولم تستطع أن تتذكر من تاريخ حياتها إلا بعض الشذرات، مع العلم أنه كانت هناك علامات ملحوظة من الارتباط القوي بالأب، الذي وصفته بأنه أب حنون. وقد استثارت التناقضات الواضحة بين الذكريات وصورة الرغبة توترات انفعالية واضحة. أما في الانفعالات فقد كانت مرنة مع العلم أن مزاجها يمكن أن يتغير بسرعة. وقد أوقظ بشكل عام عرضها لتاريخ حياتها ووصفها لذاتها الانطباع المستمر بوجود خبرة ذاتية هشة – مزعزعة ومتعلقة بشدة بالظروف الموقفية، قلما أتاح استخلاص دلائل على جوهر ثابت للهوية

الفحص النفسي بالاختبارات

لم يظهر شيء ملفت للنظر إلى حد كبير في اختبارات الشخصية المختلفة. وظهرت إشارات على حاجة مرتفعة للحاجات الاجتماعية والانفعالية، وكذلك نحو إمكانات الانسحاب. وفي اختبار إحباط الصورة Picture Frustration Test لفت للنظر وجود ميل كبير لاستجابات الحماية أو الدفاع في مواقف الإحباط والصراع، التي تم التنفيس عنها بشكل خاص في عدوان خارجي، مع العلم أنه لم يبدو لنوع الصراع أي دور. وقد قادت بعض المحاولات باختبار معضلة كولبيرغ لاقتصار الإجابة دائماً تقريباً على المستوى التقليدي. أما اختبار الذكاء باختبار فيكسلر هامبورغ فقد أسفر عن وجود معامل ذكاء يبلغ 80، وهي نتيجة كلية دون المتوسط بشكل واضح. إلا أنه هنا ظهرت فروق كبيرة في الأداء، حيث شكلت المجالات المتعلقة بالتعليم وبالتنشئة الاجتماعية بالمعنى الواسع أخفض نقاط الأداء، وبالمقابل فقد وصلت الكفاءات الأساسية إلى مستوى المتوسط. أما اختبار المصفوفات المعيارية فقد أظهر نتيجة واقعة على الحد المعياري واختبار بينتون Benton Test نتيجة متوسطة تماماً.

بيانات سهاد

بعد ذهاب المربية أمل استمرت سهاد بالاتصال بها وزارتها بانتظام. وقبل أسبوع من الحريق قامت السيدة (س) [مديرة الدار] بمنعها من المبيت عند أمل، على الرغم من أنها كانت قد سمحت لها قبلاً بذلك. ولكنها باتت عندها على الرغم من ذلك، فمنعتها المديرة من الاتصال ثانية بأمل. وفي يوم الحريق نفسه سيطر جو سيء، لأن مشرفان آخران اختلفا مع المديرة وأرادا الاستقالة. ومن هنا حصل نزاع كبير في الجلسة المسائية. إلا أن ما أغضب سهاد بالتحديد هو معرفتها في هذا اليوم أن المديرة قد أخفت عنها رسالتين كانت أمل قد أرسلتهما لها، وقالت لها أنه لا يوجد بريد لها. وقد تحدثت في الجلسة مع المديرة حول ذلك إلا أنها لم تجب وإنما غادرت المجموعة ببساطة. فغضبت سهاد جداً وذهبت لغرفتها. وفي المجرى اللاحق ذكرت سهاد أقوالاً متناقضة حول المشاركة المحتملة لشخص ثالث في الحريق، ولم ترد التحدث حول المجرى اللاحق لإشعال النار.

وفي الوقت الراهن تشعر أنها بخير في الدار الجديدة، فهي تتفاهم جيداً مع مشرفتها الجديدة ولديها صديقتان هناك. ومنذ وقت قصير تعرفت على أول صديق لها، تقضي معه الكثير من الوقت، ولديها معه اتصالاً حميماً، إلا أنها لم تمارس الجنس معه وهي أصلاً لا تريد ذلك بعد (نفت سهاد وجود خبرات جنسية سابقة وكذلك وجود اعتداءات محتملة من راشدين). وهي لا تعرف الآن كيف ستمضي بها الأيام. فالمدرسة (الخاصة) ستنتهي قريباً وربما تستطيع بعد تعويض المدرسة الثانوية. وأكثر ما تفضله هو العودة لوالدها، الذي زارته في الدار الجديدة، إلا أنه الآن في المستشفى لأنه يعاني من نكسة كحولية. مهنياً تود أن تكون مربية فهي تحب الأطفال كثيراً.

بيانات المشرفة الراهنة

وصلت سهاد بعد الحريق (قبل حوالي سنة من التقرير) للدار الجديدة. وعملت في البداية مشكلات كبيرة، أظهرت نوبات غضب (تكسير الأثاث، لكنها لم تهجم على

الأشخاص)، ولم تستطع التعامل مع الأتراب، إلا أنها كانت حساسة جداً وبحاجة للحنان. إلا أن سلوكها سرعان ما استقر؛ وفي هذه الأثناء تحظى بالاعتراف من القاطنين ولديها بعض الصديقات من نفس العمر، إلا أن التعامل معها ما زال في بعض الأحيان صعباً إلى حد ما (عنيدة ومتقلبة)، ولكنها عموماً فتاة ودودة تحتاج للتعويض بشدة (مازالت تحب التودد). وما يقلقها في سهاد هو تلبيتها العالية للآخرين، فهي تقوم بكل شيء طائش معهم وتحاول بهذه الطريقة الحصول على الاعتراف.

الفحص العصبي

لم تظهر نتائج الفحص العصبي الإضافي الذي تم تنظيمه لتوضيح إمكانية وجود اضطرابات دماغية عضوية (حسب الملفات) أية نتيجة.

5.3 تقييم مجمل

يظهر تاريخ حياة سهاد وجود إهمال شديد منذ سن الرضاعة المبكر، قاد في سن الحضانة إلى اضطرابات سلوكية وخيمة. وتظهر سيرة دور الرعاية سلسلة من الشذوذات المؤسساتية وتميزت بالتبديل المتكرر للمحيط الاجتماعي والأشخاص المرجعيين (الثانويين) وسلوك علاقة غير دائم ومتناقض جداً للوالدين. وكانت العواقب اضطرابات نفسية متعددة وبطئ في النمو وقصور في الكفاءات الاجتماعية الأساسية وإمكانات مواجهة الضغوط الانفعالية والصراعات الاجتماعية. وكانت هذه ما تزال واضحة في وقت التقرير في مقطع الشخصية، حتى وإن بدا أنها قد تحسنت أيضاً بالمقارنة مع التقارير السابقة.

كما توجد دلائل أخرى على تراكم ضغوطات موقفيه في المحيط الزمني قبل إشعال النار. أما مجرى الجناية الفعلية فلم يتم التمكن من إعادة بناءه إلا جزئياً، ذلك أنه كانت لديها شكوك بالتذكر ولم ترد الحديث عن مجرى الفعل الذي قامت به. وضمن شرط الإثبات القضائي للوقائع بمعنى بيانات سهاد حول ما سبق الفعل يبدو

أن إشعال النار في تقييم الخبرة يقوم على الأساس الدافعي المتمثل على الأقرب في فعل ناجم عن فرط الضغوط على خلفية ضغط موقفي مع نقص في كفاءة المواجهة في الوقت نفسه.

كانت لدى سهاد أعراض اضطراب وقصور في النمو واضحة، تشير إلى فئات متعددة من الاضطراب النفسي المرضي (وبشكل خاص من مجال الاضطرابات الانفعالية واضطرابات السلوك الاجتماعي، بحيث كان لابد من نقاش المسؤولية القانونية بالنسبة لهمة الإشعال من وجهة نظر نقص النضج النمائي العقلي والتربوي [الأخلاقي] (بمعنى المادة 3 من قانون محاكمة الأحداث) ومن وجهة نظر الاضطراب النفسي (بمعنى المادتين 20 و21 من قانون العقوبات). إلا أنه من وجهة نظر الخبير يبدو أن التقييم من وجهات نظر نمائية ووجهات نظر النضج هو الأفضل لأن سن الجناية كان واقعاً عند حدود المسؤولية الجنائية وأن خطوات النمو الباكرة تشير إلى إمكانات نضج لاحق استناداً للقصور. وضمن شرط الحدث فيما سبق الفعل، كما وصفته سهاد أثناء الاستقصاء، فقد أشار التقرير إلى الشك بأنها كانت في وقت الحدث قادرة بناء على نضج نموها التربوي [الأخلاقي] والعقلي على الاستبصار بعدم مشروعية القيام بإشعال الحريق (المادة 3 من قانون عقوبات اليافعين) فالصراع السابق (منعها من التعامل مع إحدى مشرفاتها المقربات لها جداً) أصاب سهاد بناء على تاريخ نموها بعمق، وامتنعت المديرة عن أي حوار حول ذلك. وهنا يتم التبرير بأنه في هذا الموقف تم شحذ انفعالات تبدو كبيرة، من الغضب والحزن واليأس وكانت إمكانات سهاد في التنظيم الانفعالي بسبب قصور نموها الشديد متأذية جداً.

كما أنه من وجهة نظر متعلقة بالاضطراب للمادتين 20 و21 من قانون العقوبات فقد تمت صياغة وجود شك بقدرة كافية على التحكم عند سهاد في وقت الفعل، مع العلم أنه يمكن تصنيف الفئات المتعلقة بالاضطراب (من بينها اضطراب السلوك الاجتماعي مع بداية مبكرة وظروف اجتماعية مقيدة) ضمن الفئة القانونية "شذوذات

نفسية أخرى شديدة".غير أنه من وجهة نظر الخبير كان لتأخر النمو ووضع الحاجات الخاصة المرتبط بذلك الأولوية في موقف الفعل [موقف الجناية] الملموس.

5.4 الحكم القضائي

في المحاكمة تم إثبات رواية سهاد حول التاريخ السابق للجناية وسير الأحداث في أثناء الجلسة الجماعية قبل الفعل من خلال أقوال الشهود إلى مدى بعيد. وقد برأت المحكمة سهاد من التهمة الموجهة إليها بإشعال الحريق بسبب نقص نضج المسؤولية.

6- التنبؤ بالانتكاس والخطورة

من بين المهام المعقدة لعمل الخبير النفسي - القضائي تقييم خطورة احتمالية الانتكاس الجرمي. فالتنبؤات الجنائية الملائمة في المراحل المختلفة للإجراءات القانونية مهمة: فهي تؤثر على اختيار وتقدير عمل جرمي ما والعواقب القانونية الأخرى لجرم ما وتقرر حول مسألة التنفيذ المفتوح أو الكامل للعقوبات المقيدة للحرية وهي على درجة من الأهمية بالنسبة لضمان تخفيف التنفيذ وإنهاء العقوبة غير المقيدة أو إطلاق السراح المبكر لعقوبة السجن المقيدة. ومن خلال "قانون مكافحة الجنايات الجنسية والجرائم الأخرى الخطيرة" قضى المشرع 1988 بأنه عند اتخاذ القرار حول إخلاء السبيل المبكر للمساجين الذين لديهم جنح دافعية خطيرة فإنه لابد من إجراء تقييم من خبير، "....(عليه) أن يجيب بالتحديد عن السؤال فيما إذا كان لم يعد المحكوم يشكل خطراً، بأن خطورته التي ظهرت في وقت الجرم لم تعد قائمة" (المادة 545 [2] من تعليمات المحاكمة الجنائية). كذلك فإن إنهاء الإدخال في قسم للطب النفسي الناتج عن حكم قضائي (المادة 63 من قانون العقوبات) أو السجن الاحتياطي [الاحترازي] (المادة 66 من قانون العقوبات) تشترط وجود تنبؤ ملائم بالحالة.

وكأداة طرائقية مساعدة عند تقييم التنبؤ بالانتكاس لدى محكوم ما فإن أدوات التنبؤ الخاصة هي أول ما يمكن التفكير به. ولهذه الأدوات الإحصائية تاريخ طويل

بالمقارنة على مستوى العالم وبشكل خاص في المحيط الأنجلو أمريكي، أما في ألمانيا فلم تناقش إلا منذ وقت قصير نسبياً. وربما ترجع أهميتها المتزايدة تدريجياً إلى تطوير جيل جديد من الأدوات لم تعد تقتصر على السمات الإحصائية فقط من تاريخ الجاني (السن عند أول جنحة، نوع وشدة الجنح السابقة...الخ)، وإنما تقيس عوامل الخطر الديناميكية التي تحمل إمكانية القابلية للتعديل (الاتجاهات الجنائية، الرابطة الاجتماعية...الخ). إلا أنه بما أن الأمر هنا يتعلق ببناءات معقدة بالمقارنة فإن تطبيقها يشترط إلى جانب الخبرة في علم الجنايات criminological والإكلينيكية تدريب خاص على أسسها القائمة عليها وخصوصيات استخدامها.

لقد تم تطوير غالبية الأدوات الراهنة حول التنبؤ الجنائي الفردي في الولايات المتحدة الأمريكية أو كندا. وتهدف بعض الأدوات إلى التنبؤ بأحداث خاصة، كالانتكاسات الجرمية أو الانتكاس مع جرائم جنسية. أما ما يسمى بأدوات "تقييم-الخطر-الحاجاتRisk-Needs-Assessment" فلا تهدف بالمقابل إلى تحديد الاحتمال (الإحصائي) للانتكاس لدى محكوم ما فحسب وإنما تريد بالإضافة إلى ذلك قياس عوامل الخطر المسؤولة عن ذلك هنا في الحالة الفردية بشكل أدق، في شكل بروفيل خطر فردي، من أجل الحصول على مرتكزات لإجراءات التدخل العلاجي الاجتماعي. وأخيراً هناك أدوات أخرى تهدف من جهتها إلى تحديد مجموعات الخطر العالي (مراجعات لأدوات التنبؤ الراهنة نجدها لدى Andrews & Bonta,2003; Dahle, Schneider & Ziethen,2006; Palmer,2001). وتشترك كل هذه الأدوات بأنها عبارة عن أدوات وصوفات معيره إجرائياً لسمات معقدة، ينبغي أن يتم تقويمها على أساس بيانات واسعة. ومن اللازم لها المعرفة الكاملة بالملفات (ملفات التحقيق والتنفيذ وملفات المساجين الشخصية...الخ) وفحص واسع للشخص الذي ينبغي تقويمه.

وتتوفر حول غالبية أدوات التنبؤ الحديثة دراسات صدق واسعة. وهي تبرهن في الحالة العادية صدقها التنبئي بالنسبة لمجالات التطبيق المختلفة وتشير إلى قابلية

تعميمها المبدئية على الظروف الأوروبية. وكذلك في ألمانيا تتوفر في الوقت الراهن بالنسبة للأدوات المعروفة عالمياً أولى دراسات الصدق (قارن Dahle,2006).

ويشترط الوضع القانوني الألماني في هذه الأثناء بأنه لا يجوز أن تقتصر طرق التقييم القضائي-الجنائي التنبؤي على استخدام الأدوات الإحصائية. فالقاضي يتوقع من التقرير "مناقشة مضمونية للديناميكية الكامنة خلف البواعث الجرمية والأسباب الأخرى للجرم وتطور الجاني في أثناء السجن استناداً إلى أسباب هذا الجرم، حيث يتم على أساس هذه المعلومات اتخاذ قرار بالاحتمالية (KG-Berlin، قرار 11/ 12/ 1998- 5 Ws 672/98). وهذه المطالب لا يمكن تحقيقها مع المفهوم الأساسي القائم على أساس الطرق الإحصائية. ومن هنا فإنه من الضروري إجراء تقييم تشخيصي- إكلينيكي (إضافي) للحالة تستطيع التعمق في الخصائص الفردية الممكنة. وعادة ما تقوم الاقتراحات الطرائقية حول الإجراء الملموس على تنظيم systematization وتقسيم عملية الوصول للحكم اللازم إلى مهام تشخيص جزئية. وفي الجوهر يتعلق الأمر هنا بداية بتطوير نموذج تفسير خاص للجرم للنزوعات الجنوحية delinquency حتى الآن للجاني الذي ينبغي تقييمه؛ وأساس ذلك هو إعادة تركيب تاريخ الحياة وفحص التاريخ الجنائي السابق والتحليل الجنائي النفسي (بشكل خاص) للحدث المسبب. وعلى أساس هذه "النظرية الجنائية الفردية" يمكن عندئذ تحديد عوامل الخطر الشخصية، وفحص التطور اللاحق وتقديره في أثناء تنفيذ الحكم أو العقوبة ودرجتها وقت التقييم بشكل منهجي (راجع Dahle,2000,2006b للحصول على وصف تفصيلي للإجراء).

ولكل من طرق التنبؤ الإحصائية والإكلينيكية الفردية ميزاتها الخاصة وحددوها. فالطرق الإحصائية تقدم أفضل ضمانة للاستخدام المنهجي للمعرفة الإمبيريقية القائمة على الخبرة، وأفضل حماية ممكنة من تشوهات الحكم الإنساني وتتيح إجراء تقدير كمي لمخاطر الخطأ الممكنة؛ بالمقابل فإن طرق التقييم الإكلينيكي تسمح بمراعاة الخصائص

الفردية وهي بهذا تناسب المطالب القانونية. ومن هنا فإنه ينصح في التقرير التنبئي باستخدام كلتا الطريقتين. وهنا فإنه من المفيد أن يقوم المشخص بمناقشة التوقعات العامة للانتكاس (النسبة الأساسية) مع حالات قابلة للمقارنة، وأن يبحث بعدئذ بشكل منهجي عن مؤشرات مؤكدة إمبيريقياً، فيما إذا كانت الحالة التي ينبغي تقييمها تنحرف للأعلى أو الأدنى عن هذا "التوقع المتوسط" (وهو ما تناسبه الطرق الإحصائية) وبناء على ذلك يسأل عن الخصائص الفردية الممكنة على الجانب الآخر لخبرات المتوسط الإحصائية. ومن الممكن أن تظهر هنا تقديرات متعارضة(في حالات نادرة) بين التقديرات الإحصائية والإكلينيكية، إلا أنها تحتاج إلى التوضيح الدقيق للأسباب. وقد تم قبل وقت قصير تقديم نموذج تقويم منهجي يأخذ بعين الاعتبار الخطوات الإحصائية والفردية اللازمة بشكل منهجي مع بعضها، ويدمجها في حكم نهائي لاحتمالية الانتكاس. وقد برهن النموذج على أنه قابل للاستخدام موضوعياً وأكثر دقة من التنبؤات الإحصائية (Dahle,2005).

وكما هو الحال بالنسبة لتقرير المسؤولية المذكور سابقاً تم من قبل مجموعة العمل نفسها قبل وقت قصير صياغة حد أدنى من المطالب لتقرير التنبؤ (Boetticher et al.,2006). وهنا أيضاً يتعلق الأمر من حيث الجوهر بضبط precision مهمة الخبير المتنبئ ووصف المستوى الأدنى لأسس الفحص التشخيصي الذي يقوم به وتقييمه، والتي لم تتضمن من حيث المبدأ مظاهر جديدة أو مفاجئة، وإنما تسمي إلى حد كبير أسس قانونية وتحدد مستويات تشخيصية شائعة.

وفي الختام لابد من الإشارة إلى أن التقييمات التنبؤية للجناة تحظى حتى خارج المسائل القانونية أيضاً - ومن ثم خارج الممارسة التشخيصية-الشرعية بالمعنى الدقيق- بأهمية مطردة. ومن بينها على سبيل الذكر تقدير الخطر في إطار تشخيص المدخل في تنفيذ الحكم أو العقوبة وبشكل خاص أيضاً في إطار التشخيص المبني على الدلائل Indication Diagnostic بالنسبة لإجراءات المعالجة العلاجية في السجن. ويرجع الفضل

في تزايد أهميتها وبالتحديد في المجال المذكور أخيراً إلى المعارف المبرهنة جيداً إلى حد ما في هذه الأثناء، بأن معالجة المحكومين الواعدة بالنجاح ينبغي أن تبنى، من حيث كثافة المعالجة- على أساس مقدار مخاطر الانتكاس (مبدأ الحاجات need principle) (عرض لدى Dahle & Steller,2000). وهذا يشترط تشخيص مؤسس في الحالة الفردية لعوامل الخطر المرتبطة بسلوك الجنوح أو المسهلة له، ومن ثم أيضاً لتقييم مؤسس للتنبؤ بالانتكاس (عرض لدى Andrews & NBonta, 2003; Farrington, Hollin & McMurran, 2001).